

## **Requerimento de Adesão ao Reajustamento Salarial com Teto**

Deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, em papel timbrado da empresa e entregue mediante protocolo na sede do **SINCAMESP**, que providenciará a elaboração e encaminhamento do Certificado Sindical ao **Sindicato dos Comerciantes de São Paulo** para assinatura e sequente encaminhamento à empresa solicitante.

*(PREENCHER EM DUAS VIAS EM PAPEL TIMBRADO PARA PROTOCOLO FISICO NA SEDE DO SINCAMESP)*

-----  
Ao

**SINCAMESP - Sindicato do Comércio Atacadista de Drogas, Medicamentos, Correlatos, Perfumarias, Cosméticos e Artigos de Toucador no Estado de São Paulo**

Senhor Presidente:

Nos termos da cláusula 06 da Convenção Coletiva de Trabalho celebrada aos 22/10/2018 entre o **SINCAMESP** e o **Sindicato dos Comerciantes de São Paulo**, com vigência entre 01/10/2018 e 30/09/2019, venho pela presente solicitar a **ADESÃO AO REAJUSTAMENTO SALARIAL COM TETO** da empresa a seguir qualificada:

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ ( apenas 1 por solicitação)

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

TELEFONE:(\_\_\_\_) E-MAIL: \_\_\_\_\_

NÚMERO TOTAL DE EMPREGADOS: \_\_\_\_\_

RAMO DO COMÉRCIO (CNAE PRINCIPAL): \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assumindo o compromisso de cumprimento de todas as cláusulas da citada Convenção Coletiva de Trabalho da qual declaramos ter conhecimento.

São Paulo, \_\_\_\_\_, de outubro de 2018

\_\_\_\_\_  
Responsável: Nome completo e assinatura