

Ao

Sindicato do Comércio de Araxá

Araxá/MG, ____ de ____ de 2023.

Aderimos à Convenção Coletiva de Trabalho/2023 e requeremos o Certificado de Adesão para utilização dos benefícios e condições especiais previstos em suas cláusulas, tais como: **(i)** Compensação de Horas, **(ii)** Trabalho em Feriados, **(iii)** Rescisão Assistida, **(iv)** Regime Especial de Piso Salarial 2023 (**REPIS/2023**) para Microempresas (**ME's**) e Empresas de Pequeno Porte (**EPP's**), **(v)** Banco de Horas - compensação até 120 dias; **(vi)** e intervalo intrajornada - no que couber. Temos ciência de que o presente documento tem caráter de **adesão à CCT/2023**, mas não substitui o **Certificado de Adesão**.

Razão/Denominação Social:		CNPJ:	
Endereço:		n.	Complemento:
Cidade:	Bairro:		CEP:
Telefone:	Whatsapp:	E-mail:	
Nº de empregados:	Atividade principal:		
Administrador(es):		CI/RG:	CPF:

O presente requerimento espelha a veracidade das declarações nele contidas, pelas quais se responsabiliza o signatário.

A empresa declara ter conhecimento da Convenção Coletiva de Trabalho/2023 celebrada entre o Sindicato do Comércio de Araxá/Sindicomércio Araxá e o Sindicato dos Empregados no Comércio de Araxá e Tapira/Sindecát, e de estar cumprindo integralmente suas cláusulas, termos e condições, CCT/2023 divulgada no site: www.sindicomercioaraxa.org.br

Em anexo junta-se as seguintes informações/documentos: **a)** nome, razão ou denominação social; **b)** número do CNPJ e do NIRE; **c)** declaração de enquadramento como Microempresa/ME, Empresa de Pequeno Porte/EPP, Microempreendedor Individual/MEI, Empresa de Médio Porte ou Empresa de Grande Porte, conforme o caso; **d)** Comprovante de recolhimento da Contribuição Assistencial Patronal e Contribuição Assistencial Laboral, previstas na **CCT/2023**; **e)** GFIP do mês de março de 2023 e de outros feriados.

Atenciosamente,

Requerente (Nome do Sócio/Administrador/Responsável/Técnico em contabilidade):	Assinatura:
--	-------------

O(A) requerente nomeia como seu(sua) preposto(a) para todos os efeitos legais o(a) contabilista abaixo qualificado(a):

Contabilista Responsável:		CRC n.:	
Endereço:		n.	Complemento:
Cidade:	Bairro:		CEP:
Telefone:	Whatsapp:	E-mail:	

Nome do(a) Contabilista que aceita o encargo:	Assinatura:
---	-------------

Para uso exclusivo do Sindicomércio Araxá, solicitando eventuais diligências: