

Ao
Sindicato do Comércio de Araxá
Araxá/MG, ____ de ____ de 2024.

Aderimos à **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO/2024** e requeremos o **CERTIFICADO DE ADESÃO/2024** 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 2024 (**REPIS/2024**) para Microempresas (**MEs**), Empresas de Pequeno Porte (**EPPs**) e Microempreendedores Individuais (**MEIs**); (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/2024**, mas não substitui o **CERTIFICADO DE ADESÃO** que é fornecido pelo SINDICOMÉRCIO ARAXÁ.

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/2024** celebrada entre o Sindicato do Comércio de Araxá/SINDICOMÉRCIO ARAXÁ e o Sindicato dos Empregados no Comércio de Araxá e Tapira/SINDECAT, 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/2024**; **e)** GFIP do mês de abril de 2024 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: