



*Sindicato Único dos Empregados em Estabelecimentos
de Serviços de Saúde de Osasco e Região*

**Ao Sindicato Único dos Empregados em Estabelecimentos
de Serviços de Saúde de Osasco e Região – SUEESSOR.**

**CARTA DE OPOSIÇÃO BENEFÍCIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
DA CONVENÇÃO COLETIVA SINDIHCLOR 2025/2026.**

Eu _____,
portador do RG Nº _____ e CPF Nº _____
E-mail: _____ Tel/Cel: _____
Funcionário(a) na empresa _____
CNPJ Nº _____, não
sindicalizado (a), manifesto oposição ao desconto em folha de pagamento a título de
CONTRIBUIÇÃO MENSAL em favor dessa entidade, nos termos da cláusula décima oitava,
referente ao **BENEFÍCIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO** da Convenção Coletiva
de Trabalho **SINDIHCLOR 2025/2026**.

Desta forma, estou ciente de que me opondo, não terei direito aos serviços odontológicos
básicos prestados pelo ambulatório médico do SUEESSOR, assim como, suas clínicas parceiras.

Ciente, _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____