

# Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

Poá.

Local: Mogi das Cruzes

DATA:

N.º PROTOCOLO

Ao  
Sindicato do Comércio Varejista de Mogi das Cruzes e Região

De acordo com a cláusula da Convenção Coletiva de Trabalho 2018/2019, para **Trabalho em Dias Especiais e Feriados**, venho pela presente solicitar autorização para a empresa abaixo.

\*RAZÃO SOCIAL

\*ENDEREÇO

\*N.º

\*BAIRRO

\*MUNICÍPIO

\*CEP

\*TELEFONE DA EMPRESA

\*CNPJ

\*N.º DE EMPREGADO (S) \*ATIVIDADE ECONÔMICA

\*NOME DO SÓCIO RESPONSÁVEL

\*EMAIL DA EMPRESA

\*OPTANTE PELO SIMPLES

\*POSSUI CERTIFICADO REPIS

\*DATA DO REPIS

SIM  NÃO

SIM  NÃO

/ /

\*CONTABILIDADE

\*E-MAIL DO CONTADOR

\*TELEFONE DO CONTADOR

Neste ato, **declaramos e assumimos** compromisso de cumprimento de todas as cláusulas da Convenção Coletiva de Trabalho 2018/2019 da qual declaramos ter conhecimento. Junto com requerimento, deverá ser encaminhada Certidão de Regularidade e enquadramento sindical emitida pelo Sindicato dos Empregados representante da categoria profissional. Não serão processadas as solicitações quando estas forem apresentadas faltando qualquer um dos itens descritos anteriormente.

## Feriados Nacionais/Municipais e Datas Especiais – 4º Trimestre 2019

Assinale	Dia/Mês	Semana	Feriado	Local
	12/outubro	Sábado	Padroeira do Brasil (Nossa Senhora Aparecida)	Nacional
	02/novembro	Sábado	Finados	Nacional
	15/novembro	Sexta-feira	Proclamação da República	Nacional
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Nestes Termos,

\_\_\_\_\_

Nome do Sócio Responsável

RG.: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável pela Empresa

CARGO.: \_\_\_\_\_

DATA PREVISTA DA RETIRADA.: \_\_\_\_\_

DATA DA RETIRADA.: \_\_\_\_\_

Carimbo do CNPJ

\*Campos Obrigatórios

\*Preencher em 3 vias sendo 1 via com firma reconhecida

## Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

**N.º PROTOCOLO**

Ao  
Sindicato do Comércio Varejista de Mogi das Cruzes e Região

Nós Integrantes da Empresa \_\_\_\_\_, manifestamos  
vontade de trabalhar nas seguintes datas \_\_\_\_\_

Nome	Carteira Profissional	Assinatura

Nome do Sócio Responsável \_\_\_\_\_  
 RG.: \_\_\_\_\_  
 CPF.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura Responsável pela Empresa  
 CARGO.: \_\_\_\_\_  
 DATA PREVISTA DA RETIRADA.: \_\_\_\_\_  
 DATA DA RETIRADA.: \_\_\_\_\_

Carimbo do CNPJ

\*Reconhecer firma do responsável pela empresa  
 \*Preencha quantas copias forem necessárias para  
 o quadro de funcionários em 3 vias.