



*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 2024/2025.**

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG N° \_\_\_\_\_ e CPF N° \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel/Cel: \_\_\_\_\_  
Funcionário(a) na empresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CNPJ N° \_\_\_\_\_, 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 2024/2025**.

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: \_\_\_\_\_