

Mato Grosso, \_\_\_\_ de junho de 2024

Ao  
**SINDPD/MT**  
Em mãos

**REF.: OPOSIÇÃO À COTA ASSISTENCIAL 2024**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade RG/SSP/SP nº \_\_\_\_\_, do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, do e-mail \_\_\_\_\_ e do telefone nº ( ) \_\_\_\_\_, empregado da empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, localizada na cidade \_\_\_\_\_-MT, venho perante V.s.as, em conformidade com a deliberação do ACORDO COLETIVO DE TRABALHO 2024/2026 vigente, EXERCER o direito de OPOSIÇÃO à Cota Assistencial prevista na cláusula 44ª do referido Acordo Coletivo, referente ao exercício de 2024.

Atenciosamente

\_\_\_\_\_  
Trabalhador

Instrução de Preenchimento: A presente carta de oposição, após devidamente preenchida e assinada, deverá ser protocolada na entidade sindical em 02 (duas) vias, para ciência desta e carimbo/assinatura. O trabalhador deverá protocolar sua via assinada na empresa, dentro do prazo estabelecido.

O SINDPD/MT, em atenção à Lei nº 13.709/18 – LGPD, informa que os dados coletados na Carta de Oposição serão tratados para o necessário cadastro e confecção de lista e envio à empregadora, para cumprimento de obrigação administrativo e judicial e ou para responder às solicitações de autoridades. Do tratamento informado estou de pleno acordo.