

PREENCHER O FORMULÁRIO

DATA: ____/____/____

**AO
SINDICATO DO COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO
DE GOIÁS - SINCOFARMA**

De acordo com a **Cláusula 17ª - § PRIMEIRO - LETRA C**, da **CCT 2019/2021**, venho pelo presente requerer a expedição do **CERTIFICADO DE ADESÃO AO REPIS – Regime Especial de Piso Salarial**, em nome da empresa abaixo identificada, objetivando a utilização desse benefício.

Razão Social

--

Endereço

Nº

--	--

Complemento

Bairro

Município

UF

--	--	--	--

CEP

e-mail

Telefone

--	--	--

CNPJ

NIRE

Nº CNAE principal

--	--	--

Atividade de Comércio

Capital Social (R\$)

Nº de Empregados

--	--	--

Faturamento anual (R\$)

Nome do Sócio Responsável

--

RG

CPF

--	--

Contador Responsável

Nº CRC

Telefone

--	--	--

Declaramos sob as penas da lei e por ela assumindo inteira responsabilidade que, nos termos da Lei 123/2006, empresa requerente enquadra-se como **MICROEMPRESA (ME)**.

Assumimos compromisso de cumprimento integral das cláusulas da Convenção Coletiva de Trabalho 2019/2021, da qual declaramos ter conhecimento.

Temos ciência de que a falsidade das informações contidas nesta declaração, bem como a falta de cumprimento da Convenção Coletiva de Trabalho em vigor ocasionarão o desenquadramento da empresa do REGIME ESPECIAL DE PISO SALARIAL (REPIS), com o conseqüente pagamento das diferenças salariais aos empregados e sujeição às penalidades da lei civil e criminal.

Nestes termos

Pede deferimento

Registro, ____ de _____ de 2019

(nome)

Assinatura (responsável pela empresa)

(reconhecer firma em cartório)

(nome)

Assinatura (contabilista)