

INFORMATIVO – S.E.E.S.A.E.T.R.A.**PARA ADESÃO A MP 936:**

Para que se proceda à adesão as medidas instituídas pela MP 936, é necessário apresentar ao sindicato, impreterivelmente:

- Formulário em anexo devidamente preenchido (*em arquivo único, formato .pdf*);
- Minuta do Acordo Individual de Trabalho (modelo aplicado para os empregados que aderiram à medida – Redução de Jornada / Suspensão do Contrato de Trabalho), se o caso; (*em formato .pdf*);
- Minuta do Acordo Coletivo de Trabalho, se o caso; (*em formato .pdf*)

DOCUMENTO ANEXO:

- Cartilha explicativa MP 936, de 01.04.20;
- Formulário;

FORMULÁRIO

DADOS DA EMPRESA (RAZÃO SOCIAL; CNPJ; ENDEREÇO COMPLETO; DADOS RESPONSÁVEL PELA EMPRESA):

.....
.....
.....

FATURAMENTO BRUTO EM 2019:

- () ATÉ R\$ 4.800.000,00;
() ACIMA DE R\$ 4.800.000,00;

TIPO DE ACORDO INDIVIDUAL:

- () SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO;
 PAGAMENTO DE AJUDA COMPENSATÓRIA:
 () SIM = (%) – PERCENTUAL;
 () NÃO;
- () REDUÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO
 (%) – PERCENTUAL DA REDUÇÃO;

PERÍODO:

INÍCIO: / / 2.020.

TÉRMINO: / / 2.020.

INFORMAR ESPECIFICAMENTE QUALQUER MANUTENÇÃO OU SUPRESSÃO DOS BENEFÍCIOS LEGALMENTE CONCEDIDOS AOS EMPREGADOS, E SUA DEVIDA PROPORÇÃO:

.....
.....
.....
.....

OS FUNCIONÁRIOS ESTÃO CIENTE DE QUE, COM EXCEÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DE PENSÃO POR MORTE E DO AUXÍLIO-ACIDENTE, HAVENDO PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO DE QUALQUER OUTRA NATUREZA, O BEPER NÃO SERÁ DEVIDO?

- () SIM

EMPREGADOS ADERIDOS:

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

Nº () - NOME COMPLETO:

FUNÇÃO:

SALÁRIO:
() SUSPENSÃO () REDUÇÃO

(Os documentos devem ser enviados em **arquivo único e em formato PDF**)