

**CERTIFICADO DE FUNCIONAMENTO DOMINGOS E FERIADOS  
(REQUERIMENTO DA EMPRESA EM DUAS VIAS)**

Ao  
SINCAMESP – SINDICATO DO COMÉRCIO ATACADISTA DE DROGAS E  
MEDICAMENTOS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Razão Social \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Quantidade de funcionários: \_\_\_\_\_

Declaro estar cumprindo integralmente a Convenção Coletiva celebrada entre o **SINCAMESP** e o **SINDICATO DOS COMERCÍARIOS DE SÃO PAULO**, pelo que solicito para fins de funcionamento aos domingos e feriados a expedição, sem qualquer ônus, do certificado a que alude o Decreto 45.750, de 04 de março de 2005 e Portaria nº23/SMS/PA/2005.

São Paulo,

Nome, assinatura e identificação do  
Representante legal da empresa.