



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Requerimento de Seguro-Desemprego - SD

7771373277

2	NOME JOYCE CRISTINA COSTA SOUZA				
3	NOME DA MÃE SUELY APARECIDA DA COSTA SOUZA				
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) ESTRADA RURAL SAO BRAS				
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO 04 SAO BRAS		CEP 37640-000	UF MG	DDD 00	TELEFONE 000000000
5	PIS/PASEP 207.07236.43-0	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 5066840	60	MG	7 CPF 101.253.996-26
8	DATA NASCIMENTO 09/04/1991	9 SEXO F	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO	11 DOMICÍLIO BANCÁRIO	17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAÚDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS VILA RICA - MG 37640-000
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13 CNPJ OU CEI(INS) 17.114.222/0001-38			
14	DATA ADMISSÃO 30/08/2019	15 DATA DISPENSA 18/02/2020	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim	17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 6	
18	MÊS R\$ 1.300,00	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.300,00	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.300,00		
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		20 CBO 4221-05	OCCUPAÇÃO Repcionista, em geral	

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 26/02/2020	CÓDIGO DA DISPENSA	RECEBEU SALARIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES
MOTIVO DO CANCELAMENTO		NÚMERO DO POSTO
		INSC. AUTORIZADA

Empregador(es) dos últimos 36 meses em ordem decrescente (ver quadro 21 instruções do

TIPO INSCRIÇÃO	CNPJ ou CEI da Empresa	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	17.114.222/0001-38	30/08/2019	18/02/2020	Sim

SOMA TOTAL
DE MESES

6

ASSINATURA DO AGENTE

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras:

- I - fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego.
- Avisarei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;
- II - não posso renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;
- III - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;
- IV - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;
- V - conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolver ao FAT;
- VI - as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD



7771373277

2	NOME JOYCE CRISTINA COSTA SOUZA		
3	NOME DA MÃE SUELY APARECIDA DA COSTA SOUZA		
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) ESTRADA RURAL SAO BRAS		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO 04 SAO BRAS		CEP 37640-000	UF MG
5	PIS/PASEP 207.07236.43-0	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 5066840	7 CPF 101.253.996-26
8	DATA NASCIMENTO 09/04/1991	9 SEXO F	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO
11	DOMICÍLIO BANCÁRIO		
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13 CNPJ OU CEI(INSS) 17.114.222/0001-38	17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAÚDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS VILA RICA MG 37640-000
14	DATA ADMISSÃO 30/08/2019	15 DATA DISPENSA 18/02/2020	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim
17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 6		
18	MÊS R\$ 1.300,00	MÊS R\$ 1.300,00	MÊS R\$ 1.300,00
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS 20 CBO 4221-05 OCCUPAÇÃO Repcionista, em geral		

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 26/02/2020	CÓDIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	ASSINATURA DO AGENTE
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

7771373277

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

PIS/PASEP 207.07236.43-0	
NOME JOYCE CRISTINA COSTA SOUZA	
RECEBI DE (firma ou 2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.	
LOCAL E DATA / /	POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TRABALHADOR	

2ª via: Trabalhador