



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

7793559312

2	NOME JESUS MININO MARINHO							
3	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA DE JESUS							
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) PAU BRASIL							
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA			CEP 37640-000	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034351116		
5	PIS/PASEP 124.17480.47-8	6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 61048	46	MG	7	CPF 760.784.346-91	
8	DATA NASCIMENTO 31/12/1965	9	SEXO M	10	GRAU DE INSTRUÇÃO 2 - ATE 5º ANO INCOMPL	11	DOMICÍLIO BANCÁRIO	
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13	CNPJ OU CEI(INKS) 17.114.222/0001-38			17.114.222/0001-38		
14	DATA ADMISSÃO 19/03/2021	15	DATA DISPENSA 19/06/2022	16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim	17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 15	
18	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00			
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	20	CBO 6220-10	OCCUPAÇÃO Jardineiro				

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 24/06/2022	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	19/03/2021	19/06/2022	Sim

SOMA TOTAL DE MESES

15

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

7793559312

2	NOME JESUS MININO MARINHO		
3	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA DE JESUS		
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) PAU BRASIL		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA		CEP 37640-000	UF MG
5	PIS/PASEP 124.17480.47-8	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 61048 46 MG	7 CPF 760.784.346-91
8	DATA NASCIMENTO 31/12/1965	9 SEXO M	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 2 - ATÉ 5º ANO INCOMPL
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 19/03/2021	15 DATA DISPENSA 19/06/2022	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim
17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 15		
18	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00	MÊS R\$ 1.665,00
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS 20 CBO 6220-10 OCCUPAÇÃO Jardineiro		

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 24/06/2022	CÓDIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	ASSINATURA DO AGENTE
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

PIS/PASEP 124.17480.47-8	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO Comunicação de Dispensa -		7793559312
NOME JESUS MININO MARINHO			
RECEBI DE (firma ou 2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.			
LOCAL E DATA / /		POLEGAR DIREITO	ASSINATURA DO TRABALHADOR