



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

7793559083

2	NOME ANDREA GONCALVES DA SILVA GOMES								
3	NOME DA MÃE TEREZA DE OLIVEIRA GONCALVES								
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) ACACIAS								
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA				CEP 37640-000	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034351116		
5	PIS/PASEP 161.31202.12-6	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 11333 154 MG			7 CPF 068.578.946-20				
8	DATA NASCIMENTO 03/09/1975	SEXO F	GRAU DE INSTRUÇÃO 10 7 - ENS. MEDIO COMPLETO	11 DOMICÍLIO BANCÁRIO			17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAUDE 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 01/07/2014	15	DATA DISPENSA 24/06/2022	16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não	17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 96			
18	MÊS R\$ 1.842,95	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.842,95	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.842,95						
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	20	CBO 4122-05	OCCUPAÇÃO Contínuo					

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	01/07/2014	24/06/2022	Sim

SOMA TOTAL
DE MESES
96

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

7793559083

2	NOME ANDREA GONCALVES DA SILVA GOMES		
3	NOME DA MÃE TEREZA DE OLIVEIRA GONCALVES		
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) ACACIAS		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA		CEP 37640-000	UF MG
5	PIS/PASEP 161.31202.12-6	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 11333 154 MG	7 CPF 068.578.946-20
8	DATA NASCIMENTO 03/09/1975	9 SEXO F	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO 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 01/07/2014	15 DATA DISPENSA 24/06/2022	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não
17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 96		
18	MÊS R\$ 1.842,95	MÊS R\$ 1.842,95	MÊS R\$ 1.842,95
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS 20 CBO 4122-05 OCCUPAÇÃO Contínuo		

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)

7793559083

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

PIS/PASEP 161.31202.12-6	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