



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	ENDEREÇO (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		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 SAUDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS - 37640-000 MG					
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	ANTEPENÚLTIMO 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	OCUPAÇÃO 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)



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7793559083

PIS/PASEP 161.31202.12-6	NOME ANDREA GONCALVES DA SILVA GOMES
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