



1ª via: Posto Atendimento MTE

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

SOMA TOTAL DE MESES	8
------------------------	---

ASSINATURA DO AGENTE _____

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;

II - Avisarei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;

III - não posuo renda própria de qualquer natureza para manutenção pessoal e da minha família;

IV - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;

V - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;

VI - concelho as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolvê-lo ao FAT;

as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa - CD

7794684350

2	NOME JULIA GRACIELA KIS									
3	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA KIS									
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) DAS ACACIAS									
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA					CEP 37640-000	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034331039		
5	PIS/PASEP 129.95975.34-9		6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 453983 7664 MG			7	CPF 045.398.376-64		
8	DATA NASCIMENTO 07/10/1980		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 VILA RICA MG				

14	DATA ADMISSÃO 14/12/2021		15	DATA DISPENSA 07/08/2022		16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não		17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 8	
18	MÊS	ANTEPENÚLTIMO R\$ 1.666,50	MÊS	PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.666,50		MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.666,50				
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS			20	CBO 2521-05	OCUPAÇÃO Administrador					

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 08/08/2022	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 -

7794684350

PIS/PASEP 129.95975.34-9	NOME JULIA GRACIELA KIS
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