



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

7794684350

2	NOME JULIA GRACIELA KIS				
3	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA KIS				
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) DAS ACACIAS				
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA			CEP 37640-000	UF MG	DDD 35
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				17.114.222/0001-38
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13	CNPJ OU CEI(INKS) 17.114.222/0001-38		
17.114.222/0001-38					
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 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	OCCUPAÇÃO Administrador	
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 08/08/2022	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	14/12/2021	07/08/2022	Sim

SOMA TOTAL
DE MESES

8

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 possuo 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

7794684350

2	NOME JULIA GRACIELA KIS		
3	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA KIS		
4	ENDERECO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) DAS ACACIAS		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CENTRO VILA		CEP 37640-000	UF MG
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	
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 R\$ 1.666,50	MÊS R\$ 1.666,50	MÊS 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)

PIS/PASEP 129.95975.34-9	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO Comunicação de Dispensa -		7794684350
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