



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

7816443085

2	NOME CASSIO EVARISTO DA SILVA					
3	NOME DA MÃE ELIENE NUNES DA SILVA					
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) RUA VALENTIM GOMES DA ROCHA					
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO VILA RICA			CEP 37647-254	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034331039
5	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 858235 76560 SP		6	CPF 858.235.765-60		
7	DATA NASCIMENTO 23/03/1992	8	SEXO M	9	GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO COMPLETO	
10	DOMICÍLIO BANCÁRIO		17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAUDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS VILA RICA - 37645-000 MG			
11	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	12	CNPJ OU CEI(INSS) 17.114.222/0001-38			

13	DATA ADMISSÃO 23/08/2024	14	DATA DISPENSA 31/08/2024	15	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não	16	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 0	
17	MÊS ANTEPENÚLTIMO	R\$ 0,00		MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	R\$ 0,00		MÊS ÚLTIMO SALÁRIO	R\$ 0,00
18	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS			19	CBO 4122-05	OCUPAÇÃO Contínuo		

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 05/09/2024	CÓDIGO DA DISPENSA	RECEBEU SALÁRIO 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	23/08/2024	31/08/2024	Sim

SOMA TOTAL DE MESES

0

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 devolvê-lo ao FAT;

VI - as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

7816443085

2	NOME CASSIO EVARISTO DA SILVA									
3	NOME DA MÃE ELIENE NUNES DA SILVA									
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) RUA VALENTIM GOMES DA ROCHA									
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO VILA RICA					CEP 37647-254	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034331039		
6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 858235 76560 SP		7	CPF 858.235.765-60						
8	DATA NASCIMENTO 23/03/1992		9	SEXO M	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 VILA RICA 37945-000 MG				

14	DATA ADMISSÃO 23/08/2024		15	DATA DISPENSA 31/08/2024		16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não		17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 0	
18	MÊS	ANTEPENÚLTIMO R\$ 0,00	MÊS	PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 0,00		MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 0,00				
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 05/09/2024	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 -

7816443085

CPF 858.235.765-60	NOME CASSIO EVARISTO DA SILVA
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