



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

7816443085

2 NOME 2 CASSIO EVARISTO DA SILVA					
3 NOME DA MÃE 3 ELIENE NUNES DA SILVA					
4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) 4 RUA VALENTIM GOMES DA ROCHA					
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO VILA RICA		CEP 37647-254	UF MG	DDD 35	TELEFONE 034331039
5 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 5 858235 76560 SP	6 CPF 858.235.765-60	7.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAÚDE MELHOR LTDA. RUA DAS ACACIAS VILA RICA - MG 37640-000			
7 DATA NASCIMENTO 7 23/03/1992	8 SEXO 8 M	9 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 7 - ENS. MÉDIO COMPLETO	10 DOMÍCILIO BANCÁRIO		
11 TIPO INSCRIÇÃO 11 CNPJ	12 CNPJ OU CEI (INSS) 12 17.114.222/0001-38				
13 DATA ADMISSÃO 13 23/08/2024	14 DATA DISPENSA 14 31/08/2024	15 AVISO PRÉVIO INDENIZADO 15 Não	16 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 16 0		
17 MÊS 17 ANTEPENÚLTIMO 17 R\$ 0,00	MÊS MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	R\$ 0,00	17 MÊS 17 ÚLTIMO SALÁRIO	R\$ 0,00	
18 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	19 CBO 19 4122-05	OCCUPAÇÃO Contínuo			

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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 devolve-lo 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

7816443085

2	NOME CASSIO EVARISTO DA SILVA				
3	NOME DA MÃE ELIENE NUNES DA SILVA				
4	ENDERECO (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		17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAÚDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS VILA RICA - MG 37640-000		
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13	CNPJ OU CEI(INSS) 17.114.222/0001-38		
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 R\$ 0,00	ANTEPENÚLTIMO R\$ 0,00	MÊS R\$ 0,00	PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 0,00	MÊS R\$ 0,00
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 05/09/2024	CÓDIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	
ASSINATURA DO AGENTE	
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	

2ª via: Trabalhador

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	