



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

1 | **7833131392**

2 NOME
MARCELO BEZERRA XAVIER

3 NOME DA MÃE
TEREZA DA SILVA XAVIER

4 LOGRADOURO
RUA DAS ACACIAS B

NUMERO
150

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO
POUSADA MORR

BAIRRO

CEP
37644-314

UF
MG

5 DDD
35

TELEFONE
034331039

6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)
1125387 | 411 | MG

7 CPF
112.538.704-11

8 DATA NASCIMENTO
17/02/1990

9 SEXO
M

10 GRAU DE INSTRUÇÃO
7 - ENS. MEDIO COMPLETO

11 DOMICÍLIO BANCÁRIO

17.114.222/0001-38
POUSADA SPA SAUDE MELHOR LTDA
RUA DAS ACACIAS
VILA RICA - MG
37645-000

12 TIPO INSCRIÇÃO
CNPJ

13 NÚMERO DA INSCRIÇÃO
17.114.222/0001-38

14 DATA ADMISSÃO
10/12/2025

15 DATA DISPENSA
23/02/2026

16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO
Sim

17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA
3

18 MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO
R\$ 0,00

MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO
R\$ 1.400,00

MÊS ÚLTIMO SALÁRIO
R\$ 2.000,00

19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS

20 CBO
5143-10

OCUPAÇÃO
Auxiliar de manutenção predial

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO
25/02/2026

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 Anexo I)

TIPO INSCRIÇÃO	NÚMERO DA INSCRIÇÃO	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	17.114.222/0001-38	10/12/2025	23/02/2026	Sim

SOMA TOTAL DE MESES | **3**

ASSINATURA DO _____

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

1 7833131392

2 NOME MARCELO BEZERRA XAVIER	
3 NOME DA MÃE TEREZA DA SILVA XAVIER	
4 LOGRADOURO RUA DAS ACACIAS B	
NUMERO 150	
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO POUSADA MORR	BAIRRO
CEP 37644-314	UF MG
5 DDD 35	TELEFONE 034331039
6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 1125387 411 MG	7 CPF 112.538.704-11
8 DATA NASCIMENTO 17/02/1990	9 SEXO M
10 GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO COMPLETO	11 DOMICÍLIO BANCÁRIO
12 TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	13 NÚMERO DA INSCRIÇÃO 17.114.222/0001-38
17.114.222/0001-38 POUSADA SPA SAUDE MELHOR LTDA RUA DAS ACACIAS VILA RICA - MG 37644-000	

2ª via: Trabalhador

14 DATA ADMISSÃO 10/12/2025	15 DATA DISPENSA 23/02/2026	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim	17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 3
18 MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 0,00	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.400,00	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 2.000,00	
19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	20 CBO 5143-10	OCUPAÇÃO Auxiliar de manutenção predial	

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 25/02/2026	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 - CD

7833131392

CPF 112.538.704-11
NOME MARCELO BEZERRA XAVIER
RECEBI DE (firma ou razão) POUSADA SPA SAUDE MELHOR LTDA 2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.
LOCAL E DATA
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TRABALHADOR