MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Requerimento de Seguro-Desemprego - SD

7763554915

1ª via: Posto Atendimento MTE

2 NOME: SEVERINO JOSE INACIO

3 NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA INACIO

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC): RUA JENIPAPO

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO	CEP	UF	DDD	TELEFONE
CASA A	53330-570	PE	00	000000000

5 PIS/PASEP	6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)			7 CPF
126.08561.45-6	58399	33	PE	809.234.104-49

8 DATA NASCIMENTO	9 SEXO	10 GRAU DE INSTRUÇÃO	11 DOMICÍLIO BANCÁRIO
09/02/1971	M	7 - ENS. MEDIO COMPLETO	

12 TIPO INSCRIÇÃO	13 CNPJ OU CEI(INSS)
CNPJ	10.987.584/0001-94

10.987.584/0001-94
LAR SACERDOTAL
AV CONDE DA BOA VISTA
BOA VISTA - PE
50060-000

14 DATA ADMISSÃO	15 DATA DISPENSA	16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO	17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA
01/09/2017	06/05/2019	Não	20

18 MÊS	ANTEPENÚLTIMO	MÊS	PENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO
	R$ 1.598,16		R$ 1.573,87		R$ 1.588,80

19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	20 CBO	OCUPAÇÃO
	5143-20	Faxineiro

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO	CÓDIGO DA DISPENSA	RECEBEU SALARIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES
08/05/2019		

MOTIVO DO CANCELAMENTO	NÚMERO DO POSTO	INSC. AUTORIZADA

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

TIPO INSCRIÇÃO	CNPJ ou CEI da Empresa	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	10.987.584/0001-94	01/09/2017	06/05/2019	Sim

SOMA TOTAL DE MESES: 20

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-Desemrpego. 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 condiições 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

7763554915

2 NOME: SEVERINO JOSE INACIO

3 NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA INACIO

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC): RUA JENIPAPO

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO: CASA A | CEP: 53330-570 | UF: PE | DDD: 00 | TELEFONE: 000000000

5 PIS/PASEP: 126.08561.45-6

6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF): 58399 | 33 | PE

7 CPF: 809.234.104-49

8 DATA NASCIMENTO: 09/02/1971

9 SEXO: M

10 GRAU DE INSTRUÇÃO: 7 - ENS. MEDIO COMPLETO

11 DOMICÍLIO BANCÁRIO:

12 TIPO INSCRIÇÃO: CNPJ

13 CNPJ OU CEI(INSS): 10.987.584/0001-94

10.987.584/0001-94
LAR SACERDOTAL
AV CONDE DA BOA VISTA
BOA VISTA - PE
50060-000

14 DATA ADMISSÃO: 01/09/2017

15 DATA DISPENSA: 06/05/2019

16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO: Não

17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA: 20

18 MÊS | ANTEPENÚLTIMO: R$ 1.598,16 | MÊS | PENÚLTIMO SALÁRIO: R$ 1.573,87 | MÊS | ÚLTIMO SALÁRIO: R$ 1.588,80

19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS:

20 CBO: 5143-20 | OCUPAÇÃO: Faxineiro

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO: 08/05/2019

CÓDIGO DA DISPENSA:

MOTIVO DO CANCELAMENTO:

NÚMERO DO POSTO:

ASSINATURA DO AGENTE

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

2ª via: Trabalhador

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7763554915

PIS/PASEP: 126.08561.45-6

NOME: SEVERINO JOSE INACIO

RECEBI DE (firma ou
2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR