



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

1994 944914

2 NOME DIEGO REIS DE ALMEIDA										
3 NOME DA MÃE MARIA DAS GRACAS REIS ALMEIDA										
4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) RUA SERVIDAD 84 - SOLAR DO MADEIR - CONTA										
5 COMPLEMENTO DO ENDEREÇO GEN			6 CEP 32065-045			7 UF MG		8 TELEFONE 33533937		
9 PIS / PASEP / NIT 20459611202				10 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO 10259097132				11 CPF		
12 TIPO INSCRIÇÃO 1 - CNPJ 2 - CEI (INSS)		13 CNPJ OU CEI (INSS) 17304635000932				14 ATIV. ECONÔMICA 31021				
15 CBO 784205		16 OCUPAÇÃO AUXILIAR DE OFICINA								

Carimbo padronizado CNPJ(MF) ou CEI(INSS)

1º Via: Posto de Atendimento MTE

12 DATA ADMISSÃO DIA 05 MÊS 01 ANO			13 DATA DISPENSA DIA 10 MÊS 04 ANO			14 SEXO 1 - MASCULINO 2 - FEMININO		15 GRAU DE INSTRUÇÃO		16 DATA NASCIMENTO DIA MÊS ANO			17 HORAS TRABALHADAS POR SEMANA		
18 MÊS		19 ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO 17416302				20 MÊS		21 PENÚLTIMO SALÁRIO 173762				22 MÊS		23 ÚLTIMO SALÁRIO	
19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS 520990				20 DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA				21 QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES				22 MESES			
22 RECEBEU SALÁRIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES 1 - SIM 2 - NÃO				23 AVISO PRÉVIO INDENIZADO 1 - SIM 2 - NÃO											

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO DIA MÊS ANO			CÓDIGO DA DISPENSA		
RESCISÃO CONTRATUAL QUITADA 1 - SIM 2 - NÃO		MOTIVO DO CANCELAMENTO			
NÚMERO DO POSTO 11202			INSC. AUTORIZADA		
DIEGO REIS DE ALMEIDA					

DECLARAÇÃO

Declaro, sob penas previstas na legislação, que:

- 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 de 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 um emprego compatível com a ocupação e 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.
- Nestes termos, requero a concessão do benefício Seguro-Desemprego.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

MOD. 715 GRAFIMAR EDITORA LTDA - CNPJ: 17.199.654/0001-99 - BH.MG. AUT.MTB. 944/03