

2

NOME

GISELLE KARINA DA SILVA SANTOS

3

NOME DA MÃE

MARIA LUCINEIDE PEREIRA DA SILVA

4

LOGRADOURO

RUA FRANCO DA ROCHA

NUMERO

87B

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO

BAIRRO

CEP

UF

5

DDD

TELEFONE

CASA

06622-580

SP

00

000000000

6

CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)

7

CPF

63208

456

SP

462.485.208-79

8

DATA NASCIMENTO

9

SEXO

10

GRAU DE INSTRUÇÃO

11

DOMICÍLIO BANCÁRIO

27/08/1999

F

9 - SUPERIOR COMPLETO

12

TIPO INSCRIÇÃO

13

NÚMERO DA INSCRIÇÃO

CNPJ

72.697.600/0001-61

72.697.600/0001-61

CONCIL INTELIGENCIA EM CONCILIAÇÃO S.A.

AV BRIG FARIA LIMA

JARDIM PAULISTANO

-

SP

14510-01

14

DATA ADMISSÃO

15

DATA DISPENSA

16

AVISO PRÉVIO INDENIZADO

17

MESES TRABALHADOS NA EMPRESA

10/02/2022

05/05/2025

Sim

39

18

MÊS

ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO

MÊS

PENÚLTIMO SALÁRIO

MÊS

ÚLTIMO SALÁRIO

R\$ 4.278,61

R\$ 4.278,61

R\$ 4.278,61

19

SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS

20

CBO

OCUPAÇÃO

1423-30

Analista de negócios

ANA PATRICIA ALONSO BELAPARTE

COORD. ADM. PESSOAL

CPF: 322.662.138-65

RG: 30.457.238-X

Ana Patricia Alonso Belaparte

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

14/05/2025

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	72.697.600/0001-61	10/02/2022	05/05/2025	Sim

SOMA TOTAL DE MESES

39

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 7824160167

2 NOME GISELLE KARINA DA SILVA SANTOS										
3 NOME DA MÃE MARIA LUCINEIDE PEREIRA DA SILVA										
4 LOGRADOURO RUA FRANCO DA ROCHA								NUMERO 87B		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO CASA				BAIRRO		CEP 06622-580		UF SP	5 DDD 00	TELEFONE 000000000
6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 63208 456 SP			7 CPF 462.485.208-79							
8 DATA NASCIMENTO 27/08/1999		9 SEXO F	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO		11 DOMICÍLIO BANCÁRIO		72.697.600/0001-61 CONCIL INTELIGENCIA EM CONCILIAÇÃO S.A. AV BRIG FARIA LIMA JARDIM PAULISTANO - SP 14510-01			
12 TIPO INSCRIÇÃO CNPJ		13 NÚMERO DA INSCRIÇÃO 72.697.600/0001-61								
14 DATA ADMISSÃO 10/02/2022		15 DATA DISPENSA 05/05/2025		16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim		17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 39				
18 MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 4.278,61		MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 4.278,61		MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 4.278,61						
19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS			20 CBO 1423-30		OCUPAÇÃO Analista de negócios					

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 14/05/2025	CÓDIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	
ASSINATURA DO AGENTE	

ANA PATRICIA ALONSO BELAPARTE
COORD. ADMA PRESSOAL
CPF: 322.062.138-05
RG: 30.457.238-X
Assinatura e identificação do empregador

DESTACAR (Protocolo do Empregador)



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa - CD

7824160167

CPF 462.485.208-79	
NOME GISELLE KARINA DA SILVA SANTOS	
RECEBI DE (firma ou razão) CONCIL INTELIGENCIA EM CONCILIAÇÃO S.A. 2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.	
LOCAL E DATA	POLEGAR DIREITO ASSINATURA DO TRABALHADOR

2ª via: Trabalhador