

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

7799337008

2	NOME DEIVID HENRIQUE NUNES DE SOUZA				
3	NOME DA MÃE GIZELDA NUNES DOS SANTOS SOUZA				
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) MARQUES DE BARBACENA 410				
	COMPLEMENTO DO ENDEREÇO	CEP 48909-257	UF	ELEFONE	
5	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ÚMERO, SÉRIE, UF)		88064468	
ا	201.00192.01-1 5422	2615 50 BA		32.537.335-26	
8	23/02/2000 9 M 10 7 - ENS. MEDIO C	44		MONSANTO DO BRASIL EST BR 407 KM 113	
12					
14	DATA ADMISSÃO 25/05/2022 15 DATA DISPENSA 09/01/2023 16 AVISO PRÉVIO NÃO NÃO 17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 7				
18	mês Antepenúltimo R\$ 2.082,24	PENÚLTIMO SALÁRIO	mês ÚLTIMO SALÁRI	o R\$ 1.925,75	
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS CBO CUPAÇÃO				
6221-15 Trabalhador da cultura de milho e sorgo					
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					
MOTIVO DO CANCELAMENTO NÚMERO DO POSTO INSC. AUTORIZADA					
Empregador(es) dos úlitmos 36 meses em ordem decrescente (ver quadro 21 instruções do					
H	CNPJ CNPJ ou CEI da Empresa CNPJ 64.858.525/0137-19	DATA ADMISSÃO 25/05/2022	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO 09/01/2023	CONTADO Sim	
	CNF3 04.000.020/010/-10	20/03/2022	03/01/2020	Oiiii	
\vdash				+	
SOMA TOTAL DE MESES 7					
ASSINATURA DO AGENTE					
DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras: 1 - ful dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desempego.					
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 auxilio-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.					
<u> </u>				į	
LOCAL E DATA ASSINATURA DO TRABALHADOR					

7799337008

ASSINATURA DO TRABALHADOR

