



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

7813709511

2	NOME MEG MARTINS				
3	NOME DA MÃE MAURIENE CHAPULA MARTINS				
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) AVENIDA ITAMARATI				
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO ITACORUBI		CEP 88034-400	UF SC	DDD 00	TELEFONE 000000000
5	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 928068 8979 SC		6	CPF 092.806.889-79	
7	DATA NASCIMENTO 18/11/1998	8	SEXO F	9	GRAU DE INSTRUÇÃO 8 - SUPERIOR INCOMPLETO
10	DOMICÍLIO BANCÁRIO		20.524.363/0001-33 DAMATO E TAVARES LTDA ME R. PROFESSOR AYRTON ROBERTO DE OLIVEIRA (ITACORUBI) 88034-400 SC		
11	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ	12	CNPJ OU CEI(INSS) 20.524.363/0001-33		
13	DATA ADMISSÃO 22/08/2023	14	DATA DISPENSA 01/06/2024	15	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não
16	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 9				
17	MÊS ANTEPENÚLTIMO	R\$ 1.581,93	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	R\$ 1.581,93	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.581,93
18	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		19	CBO 4110-05	OCUPAÇÃO Auxiliar de escritório

Barine Guedes Lourey
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 03/06/2024	CÓDIGO DA DISPENSA	RECEBEU SALÁRIO 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

TIPO INSCRIÇÃO	CNPJ ou CEI da Empresa	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	20.524.363/0001-33	22/08/2023	01/06/2024	Sim

SOMA TOTAL DE MESES
9

ASSINATURA DO AGENTE

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

Eu, abaixo assinado, sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras;
dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego,
irei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;
possuo renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;
estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e o por morte;
ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior
irá o meu benefício;
e as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido
neto-me a devolve-lo ao FAT;
declaração acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE