



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

156  
**7775907480**

2 NOME  
ISLEI ALVES DA SILVA PEREIRA

3 NOME DA MÃE  
MARIA DE FATIMA SILVA

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC)  
QUADRA 50 CJ D LOTE 53 53

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO \_\_\_\_\_ CEP 72440-502 UF DF DDD 00 TELEFONE 000000000

5 PIS/PASEP 163.01972.24-5 6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 84123 24 DF 7 CPF 979.699.401-10

8 DATA NASCIMENTO 26/04/1981 9 SEXO M 10 GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO COMPLETO 11 DOMICÍLIO BANCÁRIO \_\_\_\_\_

12 TIPO INSCRIÇÃO CNPJ \_\_\_\_\_ OU CEI(INSS) 00.623.106/0004-94

14 DATA ADMISSÃO 02/01/2018 15 DATA DISPENSA 03/07/2020 16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim 17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 30

18 MÊS ANTEPENÚLTIMO R\$ 1.720,05 MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.326,80 MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.306,25

9 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS \_\_\_\_\_ 20 CBO 4222-05 OCUPAÇÃO Telefonista

00.623.106/0004-94  
 CLÍNICA DA MAMA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
 Q8 03 LOTES 07 A 09 LOJA 32 EPCT EDIFÍCIO PATIO CAPITAL  
 AGUA CLARAS  
 71953-000

00.623.106/0004-94  
 CLÍNICA DA MAMA  
 ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

**RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO**

DATA DO REQUERIMENTO 10/07/2020 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	00.623.106/0004-94	02/01/2018	03/07/2020	Sim

SOMA TOTAL DE MESES \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO AGENTE \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR:**

Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras:  
 - fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego.  
 - Avisei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;  
 - não possuo renda própria de qualquer natureza sob minha responsabilidade ou de qualquer membro da minha família;  
 - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;  
 - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação e salário anterior cancelará o meu benefício;  
 - conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolvê-lo ao FAT;  
 - as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO \_\_\_\_\_