

RESOLUÇÃO Nº 393, DE 8 DE JUNHO DE 2004

Aprova formulários para a concessão do seguro-desemprego.

O Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - CODEFAT, face ao disposto no inciso V do art. 19 da Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, e tendo em vista as alterações introduzidas pela Lei nº 8.900, de 30 de junho de 1994, RESOLVE:

Art. 1º Aprovar os formulários destinados ao requerimento do Seguro-Desemprego e compostos dos documentos a seguir, conforme modelos anexos a esta Resolução:

I – Requerimento de Seguro-Desemprego - SD (1ª via, cor verde); e

II – Comunicação de Dispensa - CD (2ª via, cor marrom);

Art. 2º Os formulários de que trata esta Resolução, só poderão ser confeccionados de acordo com o modelo e numeração específicos, fornecidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, mediante autorização da Secretaria de Políticas Públicas de Emprego - SPPE, a requerimento do interessado.

Art. 3º Os formulários poderão ser adquiridos em papelarias, por pessoa jurídica de direito público ou privado ou por pessoa física equiparada à jurídica, às quais caberá a obrigatoriedade do seu preenchimento, de acordo com as instruções contidas no próprio formulário, no ato da dispensa do trabalhador.

Art. 4º O formulário de que trata o inciso I do artigo 1º (Requerimento do Seguro-Desemprego, 1ª via), contém, informações referentes ao trabalhador e ao empregador na parte superior da Comunicação de Dispensa – CD (2ª via):

I - declaração do dispensado, a ser firmada por ocasião do Requerimento de Seguro-Desemprego; e

II - espaço reservado para a relação de pessoas jurídicas ou físicas equiparadas às jurídicas que pagaram os últimos 06 (seis) salários ao trabalhador requerente.

§ 1º O requerimento e a concessão do Seguro-Desemprego serão efetuados com a observância do que estabelece a Resolução do CODEFAT nº 392, de 8 de junho de 2004.

§ 2º O empregador que deixar de entregar ao trabalhador o Formulário de Requerimento do Seguro-Desemprego (1ª e 2ª vias), ou outra informação necessária ao pagamento do benefício, estará sujeito às penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990.

Art. 5º O Formulário de que trata o inciso II do artigo 1 (Comunicação de Dispensa - CD, 2ª via), consistirá de duas partes:

I - parte superior, contendo todas as informações necessárias à habilitação do trabalhador dispensado, ao Seguro-Desemprego, que será o comprovante do trabalhador relativo à entrega do Requerimento de Seguro-Desemprego (2ª via); e

II - parte inferior, destacável, que será o comprovante do empregador, relativo à entrega da Comunicação de Dispensa - CD (2ª via) e o requerimento de Seguro-Desemprego-SD (1ª via), ao trabalhador dispensado.

Parágrafo único. O comprovantes de entrega da Comunicação de Dispensa-CD e do Requerimento do Seguro-Desemprego-SD, deverão ser conservados pelo empregador, juntamente com a ficha de registro do trabalhador dispensado, pelo prazo de 05 (cinco) anos, contados a partir da data de dispensa.

Art. 6º O preenchimento dos formulários destinados ao Seguro-Desemprego previstos nesta Resolução não desobrigam o empregador de fornecer ao Ministério do Trabalho e Emprego as informações de admissões e dispensas previstas na Lei nº 4.923/65, destinadas a alimentar o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução do CODEFAT nº 71, de 26 de outubro de 1994.

Parágrafo único. Permanecem válidos e passíveis de serem usados os estoques ainda existentes do formulário instituído pela Resolução do CODEFAT nº. 71, de 26 de outubro de 1994 de 2004, por um período de até 03 (três) meses, ficando, no entanto, expressamente proibida a confecção de novos formulários diferentes do modelo de que trata o artigo 1º desta Resolução.

Lourival Novaes Dantas
Presidente do CODEFAT

REPUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL:
DE : 24 / 06 / 2004
PÁG.(s) : 113 a 114
SEÇÃO 1



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

1000 000

2 NOME											
3 NOME DA MÃE											
4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO, DISTRITO, ETC)											
5 COMPLEMENTO DO ENDEREÇO				6 CEP		7 UF		TELEFONE			
5 PIS/PASEP/NIT				6 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO SÉRIE UF				7 CPF			
8 TIPO INSCRIÇÃO 1 - CNPJ 2 - CEI (INSS)		9 CNPJ OU CEI (INSS)				10 ATIV. ECONÔMICA					
11 CBO		OCUPAÇÃO									

Carimbo padronizado CNPJ(MF) ou CEI(INSS)

1ª Via: Posto de Atendimento MTE

12 DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO			13 DATA DISPENSA DIA MÊS ANO			14 SEXO 1 - MASCULINO 2 - FEMININO		15 GRAU DE INSTRUÇÃO		16 DATA NASCIMENTO DIA MÊS ANO			17 HORAS TRABALHADAS POR SEMANA		
18 MÊS		ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO				MÊS		PENÚLTIMO SALÁRIO				MÊS		ÚLTIMO SALÁRIO	
19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS				20 DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA				21 QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES				MESES			
22 RECEBEU SALÁRIOS 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		INSC. AUTORIZADA		

ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

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

Empregador(es) dos últimos 36(trinta e seis) meses (em ordem decrescente). Ver instrução QUADRO 21 e VERSO DA 2ª VIA

CNPJ ou CEI(INSS) da Empresa	Data Admissão	Data Demissão	Aviso Prévio Indenizado?
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF
			() SIM () NÃO () N.INF

Preenchimento obrigatório pelo Posto de Atendimento.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de dispensa - CD

INSTRUCOES PARA O TRABALHADOR
 1000 000

2	NOME															
3	NOME DA MÃE															
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC)															
	COMPLEMENTO DO ENDEREÇO					CEP			UF		TELEFONE					
5	PIS/PASEP/INIT					6			7			CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO SÉRIE UF				
8	TIPO INSCRIÇÃO 1-CNPJ 2-CEI(INSS)			9			10			11						
	CBO			OCUPAÇÃO			ATIV ECONÔMICA			2ª Via do Trabalhador						

12	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO			13			14			15		16			17	
	MÊS			ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO			MÊS			PENÚLTIMO SALÁRIO		MÊS			ÚLTIMO SALÁRIO	
18	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS			20			21		22			23				
	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA			QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES			RECEBEU SALÁRIOS EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES			1 - SIM 2 - NÃO			AVISO PRÉVIO INDENIZADO			
	1 - SIM 2 - NÃO			1 - SIM 2 - NÃO			1 - SIM 2 - NÃO			1 - SIM 2 - NÃO			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														
ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO														
ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR														



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa - CD

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

1000 000

PIS/PASEP/INIT														
NOME														
RECEBI DE (firma ou razão social)														
2 (DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.														
LOCAL E DATA										POLEGAR DIREITO				
ASSINATURA DO TRABALHADOR														

INSTRUÇÕES PARA O TRABALHADOR

COMO REQUERER O SEU SEGURO-DESEMPREGO:

ATENÇÃO: Você está recebendo o requerimento do Seguro-Desemprego e a Comunicação de Dispensa. Os dois documentos são necessários para requerer o Seguro-Desemprego. Confira todas as informações, não rasure nem rasgue. Em caso de reclamações ou dúvidas procure um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.

VOCÊ TERÁ DIREITO AO SEGURO-DESEMPREGO SE:

- Foi dispensado sem justa causa ou teve a dispensa indireta.
- Estiver desempregado no ato da entrega do requerimento ao Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.
- Trabalhou para pessoa física equiparada a jurídica com vínculo empregatício pelo menos 6 (seis) meses nos últimos 36 (trinta e seis) meses que antecedem a data de dispensa (quadro 21).
- Recebeu salários consecutivos de um ou mais empregadores, no período de 6 (seis) meses imediatamente anteriores a data de dispensa (quadro 22).

PRAZO: Você terá de 7 (sete) a 120 (cento e vinte) dias, após a rescisão do contrato de trabalho para requerer o seu Seguro-Desemprego.

Dirija-se com os dois formulários (via verde e marrom); Carteira de Trabalho e Previdência Social; cartão ou extrato do PIS/PASEP atualizado ou Cartão Cidadão; Documento de Identificação (Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento com protocolo de requerimento da identidade; Carteira Nacional de Habilitação (modelo novo); Carteira de Trabalho (modelo novo); Passaporte; Certidão de Reservista (homens) ou Carteira de Identificação do Conselho de Classe); 2 (dois) últimos contracheques e Rescisão Contratual Quitada (TRCT) e Comprovante de Pagamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CPF-GTS) ou extrato analítico, a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego. O funcionário do Posto de Atendimento irá conferir os dados, solicitar sua assinatura e carimbar os formulários devolvendo a via marrom a você. Guarde-a com cuidado, pois é o único comprovante de que você requereu o benefício. A via verde ficará arquivado no Posto de Atendimento.

O FORMULÁRIO MARROM SÓ TERÁ VALIDADE SE FOR CARIMBADO PELO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO.

COMO RECEBER O SEU SEGURO-DESEMPREGO:

Você só poderá receber cada parcela do Seguro-Desemprego se estiver desempregado e sem condições para seu sustento e de sua família; Entre 30 e 45 dias após a data que você requereu o benefício, dirija-se a qualquer agência da Caixa Econômica Federal com os seguintes documentos:

1. Cartão do PIS/PASEP ou extrato atualizado ou Cartão Cidadão;
2. Documento de Identificação

Você apresentará os documentos ao servidor do banco, que lhe dará a resposta do Ministério do Trabalho e Emprego sobre o seu requerimento de Seguro-Desemprego. Se não tiver sido aprovado e você não concordar, dirija-se a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego para maiores esclarecimentos e devidas providências. Se tiver sido aprovado, você receberá o pagamento e terá sua Carteira de Trabalho e Previdência Social anotada pelo caixa. Em caso de recebimento do benefício nas casas lotéricas ou nos correspondentes bancários credenciados denominados CAIXA AQUI (padarias, farmácias, mercearia e etc), basta a apresentação do CARTÃO CIDADÃO.

Você poderá receber de 3 (três) a 5 (cinco) parcelas a cada 16 (dezesesseis) meses.

As parcelas estarão no banco à sua disposição sempre de 30 em 30 dias e permanecerão na agência por um período máximo de 60 dias.

LEMBRETES IMPORTANTES:

- Se você conseguir um novo emprego enquanto estiver recebendo o benefício, estará obrigado a comunicar a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.

ESTE FORMULÁRIO SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDO PARA TRABALHADORES DISPENSADOS “INVOLUNTARIAMENTE”

INFORMAÇÕES GERAIS:

Todos os campos constantes deste formulário são de preenchimento obrigatório (exceto o campo reservado para o Posto do S.D.).

1. Este formulário deve ser preenchido à máquina ou letra de forma, em duas vias, com a seguinte destinação:

1ª via: Requerimento de Seguro-Desemprego – SD: Posto de Atendimento do Ministério do Trabalho e Emprego.

2ª via: Comunicação de Dispensa – CD: Trabalhador Dispensado (Parte Superior)
Protocolo Empregador (Parte inferior)

OBSERVAÇÃO: NÃO UTILIZAR CARBONO NO ESPAÇO DA DECLARAÇÃO (PARTE INFERIOR DO FORMULÁRIO)

2. Os formulários ilegíveis ou preenchidos de forma errônea serão considerados, para efeitos da lei, como não entregues.

3. Todas as pessoas jurídicas ou físicas equiparadas à jurídica deverão preencher o Requerimento de Seguro-Desemprego – SD e a Comunicação de Dispensa – CD, para todos os trabalhadores dispensados sem justa causa ou paralisação total ou parcial das atividades do empregador.

4. A pessoa jurídica ou física equiparada à jurídica deverá orientar o trabalhador sobre os procedimentos necessários à percepção do benefício de acordo com as instruções constantes no verso da 2ª via – cor marrom.

Estes formulários só terão validade com o carimbo e as assinaturas do Empregador e do Trabalhador Dispensado em todos os locais indicados.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

QUADRO 2 – Preencha com o nome completo do trabalhador, abreviando os nomes intermediários quando necessário – deixando um espaço em branco onde houver ponto, apóstrofo e entre nomes mesmo que abreviados.

QUADRO 3 – Preencha com o nome completo da mãe do trabalhador, abreviando os nomes intermediários, quando necessário – deixando um espaço em branco se houver ponto, apóstrofo e entre os nomes, mesmo que abreviados.

QUADRO 4 – Preencha com o endereço completo que o trabalhador utiliza para recebimento de correspondência indicando a rua, número, apartamento, etc.

COMPLEMENTO – Preencha com informações que complementem o endereço do trabalhador.

CEP – Preencha com o código de endereçamento postal (CEP) do endereço do trabalhador, conforme tabela da ECT (8 dígitos).

UF – Preencha com a sigla da Unidade da Federação (Estado ou Território) do endereço do trabalhador.

QUADRO 5 – Preencha com o número de inscrição **PIS/PASEP** ou **NIT**. Se houver mais de uma, informe-se qual o número ativo.

QUADRO 6 – Preencha com o número, a série e a Unidade da Federação emissora da Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 7 – Preencha com o número do CPF do trabalhador.

QUADRO 8 – Preencha com o código **1** (um) quando a inscrição da empresa for **CNPJ**;

Código **2** (dois) quando não houver inscrição do estabelecimento no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, mas houver o número de registro do estabelecimento no **CEI (INSS)**.

QUADRO 9 – Preencha com o número do **CNPJ** ou **CEI (INSS)**, de acordo com a opção do quadro 8.

QUADRO 10 – Preencha com a atividade econômica principal do estabelecimento (5 números), usando o código correspondente da Classificação de Atividade Econômica (CNAE), colocando no último espaço o dígito verificador.

QUADRO 11 – Preencha com o código de ocupação do trabalhador (6 números), conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (**CBO**).

▪ Preencha com o título da ocupação exercida pelo trabalhador no estabelecimento.

QUADRO 12 – Preencha com a data de admissão do trabalhador no estabelecimento, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 13 – Preencha com a data de dispensa do trabalhador no estabelecimento, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 14 – Preencha com o código **1** (masculino) ou **2** (feminino).

QUADRO 15 – Preencha com o código correspondente:

Código **1** – **analfabeto**, inclusive os que, embora tenham recebido instruções, se semi-alfabetizaram.

Código **2** – até a **4ª série incompleta do 1º grau** (ensino fundamental), ou que se tenham alfabetizado sem ter frequentado escola regular.

Código **3** – **4ª série completa do 1º grau** (ensino fundamental).

Código **4** – **5ª à 8ª série incompleta do 1º grau** (ensino fundamental).

Código **5** – **1º grau** (ensino fundamental) completo.

Código **6** – **2º grau** (ensino médio) incompleto.

Código **7** – **2º grau** (ensino médio) completo.

Código **8** – **superior incompleto**

Código **9** – **superior completo**

QUADRO 16 – Preencha com a data de nascimento do trabalhador.

QUADRO 17 – Preencha com o número de horas normais de trabalho, por semana.

QUADRO 18 – Preencha com o mês (2 números) e o valor (até 10 números) correspondente aos 3 (três) últimos salários recebidos pelo trabalhador, considerando, inclusive os centavos após a vírgula.

▪ Se o trabalhador não recebeu os 3 (três) últimos salários nesta empresa ou estava em gozo de auxílio-doença ou prestação de serviço militar obrigatório, preencha com o valor dos 2 (dois) salários ou em última hipótese, apenas com o valor do último salário.

▪ A última remuneração deverá ser o mesmo do campo 21 (Remuneração para fins rescisórios) do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT);

▪ Se o trabalhador recebe salário por hora, dia, semana ou quinzena, calcule o valor mensal equivalente. Caso o trabalhador não tenha trabalhado o mês completo, preencha com o valor do salário integral do mês.

▪ Considerar **SALÁRIO a retribuição dos serviços prestados pelo empregado, por força de contrato de trabalho, sendo devido e pago diretamente pelo empregador. Integram o salário** a importância fixa estipulada, como também, as comissões, percentagens, gratificações, diárias para viagens (desde que ultrapasse de metade do salário devido ao empregado) e abonos pagos pelo empregador (§1º do art. 457 da CLT).

QUADRO 19 – Preencher este campo com a soma dos três últimos salários declarados no campo 18.

QUADRO 20 – Preencher com o código do banco (3 números) e código da agência (5 números) indicados pelo dispensado para recebimento do Seguro-Desemprego, com base na Relação de bancos conveniados com o Ministério do Trabalho e Emprego, para pagamento deste benefício.

QUADRO 21 – Preencha com o total de meses (2 números) trabalhados com vínculo empregatício comprovado pelo trabalhador, nos últimos 36 meses.

ATENÇÃO: Considerar somente como mês trabalhado, fração igual ou superior a 15 (quinze) dias do mês.

QUADRO 22 – Preencher com código **1** (sim), se o trabalhador comprovou ter recebido salários consecutivos nos últimos 6 (**seis**) meses imediatamente anterior à dispensa. Preencher com código **2** (não), se a comprovação for negativa.

QUADRO 23 – Preencha com o código **1** (sim), se o trabalhador teve o Aviso Prévio indenizado ou código **2** (não) para Aviso Prévio não indenizado.

PARTE INFERIOR DO FORMULÁRIO

VERSO DA 1ª VIA: Preencha com o **CNPJ**, data de admissão e a data de dispensa, caso o trabalhador tenha comprovado na Carteira de Trabalho e Previdência Social outros vínculos empregatícios de outras pessoas jurídicas ou pessoas físicas equiparada à jurídica, nos últimos 36 (trinta e seis) meses imediatamente anterior a dispensa.

FRENTE DA 2ª VIA

PROTOCOLO – Preencha com o número de inscrição no **PIS/PASEP** ou **NIT**, nome do trabalhador e o nome da firma ou razão social.