

RESOLUÇÃO Nº 201, DE 26 DE NOVEMBRO DE 1998

Aprova modelo de formulários para concessão do benefício do Seguro-Desemprego e da Bolsa Qualificação de que trata a Medida Provisória nº 1.726, de 4 de novembro de 1998.

O Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador – CODEFAT, no uso das atribuições que lhe confere o inciso V, do artigo 19, da Lei n.º 7.998, de 11 de janeiro de 1990, resolve:

Art. 1º Aprovar os anexos modelos de formulários de “Requerimento Especial Simplificado - RES” e “Requerimento de Bolsa Qualificação – RBQ”, para concessão dos benefícios instituídos pela Medida Provisória n.º 1.726/98, regulamentada pelas Resoluções nºs 199 e 200, de 4 de novembro de 1998, deste Conselho.

Parágrafo Único. Os formulários de que trata o “*caput*” serão, exclusivamente, para uso interno dos postos indicados e credenciados pelo Ministério do Trabalho, no atendimento do Seguro-Desemprego.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Flávio Obino Filho  
Presidente do CODEFAT

**PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL:**  
**DE : 03 / 12 / 1998**  
**PÁG.(s) : 21 a 22**  
**SEÇÃO 1**



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
**Requerimento Especial Simplificado - RES**

**3 010 000000**

Nome do Requerente			
Nome da Mãe			
Endereço			
Complemento do Endereço		CEP do Requerente	UF
		Telefone para Contato	
PIS- PASEP	Sexo	Data Nascimento	Identificação do Empregador
	1-Masc <input type="checkbox"/> 2-Fem <input type="checkbox"/>		Tipo CGC/CEI
			1-CGC <input type="checkbox"/> 2-CEI <input type="checkbox"/>
Data Requerimento	<p align="center"><b>DECLARAÇÃO</b></p> <p>"Declaro, sob as penas previstas na legislação, que:</p> <p>I - após receber a primeira parcela do Seguro-Desemprego estou desempregado até esta data;</p> <p>II - estou dentro da idade limite estabelecida na legislação;</p> <p>III - não possuo renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família; ; Pôlegar Direito</p> <p>IV - as informações supracitadas são verdadeiras.</p> <p>Nestes termos, requero a concessão do benefício."</p>		
Número do Posto			
Inscrição Autorizada			
Assinatura e carimbo do Funcionário Credenciado		Local e Data	Assinatura do Requerente

1ª via MTb/Processamento



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
**Requerimento Especial Simplificado - RES**

**3 010 000000**

Nome do Requerente			
Nome da Mãe			
Endereço			
Complemento do Endereço		CEP do Requerente	UF
		Telefone para Contato	
PIS- PASEP	Sexo	Data Nascimento	Identificação do Empregador
	1-Masc <input type="checkbox"/> 2-Fem <input type="checkbox"/>		Tipo CGC/CEI
			1-CGC <input type="checkbox"/> 2-CEI <input type="checkbox"/>
Data Requerimento	<p align="center">POLEGAR DIREITO</p>		
Número do Posto			
Assinatura do Funcionário Credenciado		Local e Data	Assinatura do Requerente

2ª via Requerente



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
**Requerimento de Bolsa Qualificação**

**8001 000000**

2	NOME DO REQUERENTE			
3	ENDEREÇO DO REQUERENTE (RUA, NÚMERO, APTO., BAIRRO/DISTRITO, ETC)			
	COMPLEMENTO DO ENDEREÇO	CEP DO REQUERENTE	UF	TELEFONE PARA CONTATO
4	NOME DA MÃE DO REQUERENTE			
5	PIS - PASEP	TIPO DE INSCRIÇÃO 1 - CGC 2 - CEI	CGC OU CEI	ATIVIDADE ECONÔMICA <span style="float: right;">D V</span>
9	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO	SÉRIE	UF	CBO OCUPAÇÃO

11	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO	DATA DA SUSPENSÃO DIA MÊS ANO	N.º MES ES 1 4	SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO	GRAU DE INSTRUÇÃO	DATA NASCIMENTO
17	MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO			
18	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANC AGÊNCIA <span style="float: right;">D V</span>	NOME DO BANCO E NOME DA AGÊNCIA			
20	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES.	MESES	RECEBEU SALÁRIOS EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES	1-SIM 2-NÃO	N.º PROCESSO	

DATA DO REQUERIMENTO	DIA	MÊS	ANO
NÚMERO DO POSTO			

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO  
 ASSINATURA DO REQUERENTE  
 DESTACAR





**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
**Requerimento de Bolsa Qualificação**

8001 000000

2	NOME DO REQUERENTE			
3	ENDEREÇO DO REQUERENTE (RUA, NÚMERO, APTO., BAIRRO/DISTRITO, ETC)			
	COMPLEMENTO DO ENDEREÇO	CEP DO REQUERENTE	UF	TELEFONE PARA CONTATO
4	NOME DA MÃE DO REQUERENTE			
5	PIS-PASEP	6 TIPO DE INSCRIÇÃO 1 - CGC 2 - CEI	7 CGC OU CEI	8 ATIVIDADE ECONÔMICA DV
9	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO SÉRIE UF	10 CBO	OCUPAÇÃO	

11	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO	12	DATA DA SUSPENSÃO DIA MÊS ANO	13	N.º MESES	14	SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO	15	GRAU DE INSTRUÇÃO	16	DATA NASCIMENTO DIA MÊS ANO
17	MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO								
18	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	19	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA DV	NOME DO BANCO E NOME DA AGÊNCIA							
20	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES.	MESES	21	RECEBEU SALÁRIOS EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES 1-SIM 2-NÃO	22	N.º PROCESSO					

DATA DO REQUERIMENTO	DIA	MÊS	ANO
NÚMERO DO POSTO			
INS. AUTORIZADA			

ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO

**DECLARAÇÃO**

“Declaro, sob as penas previstas na legislação, que:

I – estou com contrato suspenso, segundo acordo coletivo e inscrito em curso de qualificação;

II – não possuo renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família, exceto ajuda compensatória;

III – não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte.

IV – as informações supracitadas são verdadeiras.

Nestes termos, requiero a concessão da bolsa qualificação.”

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE