

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 2-Fem	<input type="checkbox"/>	1-CGC 2-CEI	Tipo CGC/CEI
Data Requerimento	<b>DECLARAÇÃO</b>		
Número do Posto	"Declaro, sob as penas previstas na legislação, que:		
Inscrição Autorizada	I - após receber a primeira parcela do Seguro-Desemprego estou desempregado até esta data;		
	II - estou dentro da idade limite estabelecida na legislação;		
	III - não possuo renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família; ; Pôlegar Direito		
	IV - as informações supracitadas são verdadeiras. Nestes termos, requero a concessão do benefício."		
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 2-Fem	<input type="checkbox"/>	1-CGC 2-CEI	Tipo CGC/CEI
Data Requerimento			
Número do Posto			
	POLEGAR DIREITO		
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 D V
9	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO	SÉRIE UF	CBO	OCUPAÇÃO

1 1	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO	1 2	DATA DA SUSPENSÃO DIA MÊS ANO	1 3	1 4	N.º MES ES SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO	1 5	GRAU DE INSTRUÇÃO	1 6	DATA NASCIMENTO
1 7	MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS ÚLTIMO SALÁRIO	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		1 9	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANC AGÊNCIA D V	NOME DO BANCO E NOME DA AGÊNCIA		
2 0	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 36 MESES.	MESES	1 2	1 1	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, requero a concessão da bolsa qualificação.”

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE