

RESOLUÇÃO Nº 254, DE 4 DE OUTUBRO DE 2000 (*)

Revogada pela Resolução n. 957/2022

Aprova modelos de formulários para concessão do benefício do Seguro-Desemprego ao Empregado Doméstico que trata a Medida Provisória nº 1.986-2, de 10 de fevereiro de 2000, e suas reedições.

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 nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, resolve:

Art. 1º Aprovar os anexos modelos de formulários de “Requerimento do Seguro-Desemprego do Empregado Doméstico” e “Comunicação de Dispensa do Empregado Doméstico”, para concessão dos benefícios instituídos pela Medida Provisória nº 1.986/2000 e suas reedições, regulamentado pelo Decreto nº 3.361, de 10 de fevereiro de 2000.

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

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

PAULO JOBIM FILHO
Presidente do CODEFAT

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL:

DE : 06 / 10 / 2000

PÁG.(s) : 29

SEÇÃO 1

REPUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL:

DE : 10 / 10 / 2000

PÁG.(s) : 9 a 10

SEÇÃO 1

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original, no D. O. U. de 06.10.2000, Seção I, pág. 29.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Requerimento do Seguro-Desemprego do Empregado Doméstico

9111 000000

2	NOME DO DISPENSADO													
3	ENDEREÇO DO DISPENSADO (RUA, NÚMERO, APTO., BAIRRO, ETC)													
	COMPLEMENTO DO ENDEREÇO						CEP DO DISPENSADO			UF		TELEFONE PARA CONTATO		
4	NOME DA MÃE DO DISPENSADO													
5	PIS-PASEP DO TRABALHADOR				6	N.º INSC. DO TRABALHADOR NA PREVIDÊNCIA				7	CEI			
8	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO			SÉRIE		UF		9	CBO		OCUPAÇÃO			

10	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO			11	DATA DEMISSÃO DIA MÊS ANO			12	SEXO 1- MASC. 2- FEM.		13	GRAU DE INSTRUÇÃO		14	DATA NASC. DIA MÊS ANO		
15	MÊS		ÚLTIMO SALÁRIO				DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA DV			NOME DO BANCO E DA AGÊNCIA							
17	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 24 MESES				MESES		18	QUANTIDADE DE MESES FGTS		19		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 (CÓDIGO)		
NÚMERO DO POSTO		INSCRIÇÃO AUTORIZADA		
ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO				

DECLARAÇÃO

"Declaro sob as penas previstas na legislação, que:
 I - fui dispensado há mais de 7 (sete) dias e estou desempregado;
 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 - as informações supracitadas são verdadeiras.
 Nestes termos, requero a concessão do seguro-desemprego."

POLEGAR DIREITO

_____/_____/_____
 LOCAL E DATA

 ASSINATURA DO DISPENSADO

1ª Via: Posto de Atendimento/MTF



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa do Emprego Doméstico

9111 000000

2	NOME DO DISPENSADO																								
3	ENDEREÇO DO DISPENSADO (RUA, NÚMERO, APTO., BAIRRO, ETC)																								
4	NOME DA MÃE DO DISPENSADO																								
5	PIS-PASEP DO TRABALHADOR					6	N.º INSC. DO TRABALHADOR NA PREVIDÊNCIA					7	CEI												
8	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO			SÉRIE		UF		9	CBO			OCUPAÇÃO													

10	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO			11	DATA DEMISSÃO DIA MÊS ANO			12	SEXO 1- MASC. 2- FEM.		13	GRAU DE INSTRUÇÃO		14	DATA NASC. DIA MÊS ANO		
15	MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO					16	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA DV			NOME DO BANCO E DA AGÊNCIA						
17	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO NOS ÚLTIMOS 24 MESES					18	MESES		QUANTIDADE DE MESES FGTS		19	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 (CÓDIGO)								
NÚMERO DO POSTO					ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO									

ESTE FORMULÁRIO SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDO PARA TRABALHADORES DISPENSADOS “SEM JUSTA CAUSA”

INFORMAÇÕES GERAIS:

Todos os campos constantes deste formulário são de preenchimento obrigatório

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

1ª via: Requerimento do Seguro-Desemprego do Empregado Doméstico – Requerimento ao Ministério do Trabalho e Emprego.

2ª via: Comunicação de Dispensa do Empregado Doméstico – Trabalhador dispensado.

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.

Estes formulários só terão validade com a assinatura do dispensado em todos os locais indicados.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

QUADRO 2 – Preencha com o nome completo do dispensado, abreviando os nomes intermediários, quando necessário - deixando 01 (um) espaço em branco onde houver ponto, apóstrofo e entre nomes, mesmo que abreviados.

QUADRO 3 – Preencha com o endereço completo que o dispensado utiliza para recebimento de correspondência indicando a Rua, número, apartamento, etc.

COMPLEMENTO – Preencha com informações que completem o endereço do trabalhador dispensado.

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

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

QUADRO 4 – Preencha com o nome completo da mãe do dispensado, abreviando os nomes intermediários, quando necessário - deixando 1 (um) espaço em branco se houver ponto, apóstrofo e entre os nomes, mesmo que abreviados.

QUADRO 5 – Preencha com o número de inscrição do PIS-PASEP. Se houver mais de uma, informe a mais antiga.

QUADRO 6 – Preencha com o número de inscrição do trabalhador na Previdência Social.

QUADRO 7 – Preencha com o número do Cadastro Individual de Contribuinte/Cadastro de Pessoa Física do empregador.

QUADRO 8 – Preencha com o número, a série e a Unidade da Federação emissora da Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 9 – Preencha com o código de ocupação do dispensado (5 números), conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

QUADRO 10 – Preencha com a data de admissão do dispensado, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 11 – Preencha com a data de demissão do dispensado, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

QUADRO 12 – Preencha com o código **1** (masculino) ou **2** (feminino).

QUADRO 13 – Preencha com o código correspondente:

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

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

Código **3** – 4ª série completa do 1º grau (primário completo).

Código **4** – 5ª a 8ª série incompleta do 1º grau (ginasial incompleto).

Código **5** – 1º grau (ginasial) completo.

Código **6** – 2º grau (colegial) incompleto.

Código **7** – 2º grau (colegial) completo.

Código **8** – superior incompleto.

Código **9** – superior completo.

QUADRO 14 – Preencha com a data de nascimento do dispensado

QUADRO 15 – Preencha com o mês (2 números) e o valor (até 10 números) correspondente ao último salário recebido pelo trabalhador, considerando, inclusive, os centavos após a vírgula.

- considerar SALÁRIO a quantia recebida pelo trabalhador, de acordo com a definição da CLT, mais comissões, percentagens, gratificações adicionais e outros valores normalmente considerados como integrantes do salário, conforme Consolidação das Leis do Trabalho;

- caso o dispensado não tenha trabalhado o mês completo, preencher com o valor do salário integral do mês.

QUADRO 16 – Preencha 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.

- Preencha com o nome do banco e agência.

QUADRO 17 – Preencha com o total de meses (2 números) trabalhados com vínculo empregatício comprovado pelo trabalhador dispensado, no período de 24 (vinte e quatro) meses imediatamente anterior à demissão.

ATENÇÃO: Considerar somente como mês trabalhado, fração igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos no mês.

QUADRO 18 – Preencha com a quantidade de meses de recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

QUADRO 19 – Preencha com o código **1** (sim), se o trabalhador dispensado teve o Aviso Prévio indenizado ou caso contrário com o código **2** (não).