

RESOLUÇÃO Nº 306, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2002
Revogada pela Resolução n. 957/2022

Estabelece procedimentos para a concessão do benefício do Seguro-Desemprego ao trabalhador resgatado da condição análoga à de escravo.

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 e na Medida Provisória nº 74, de 23 de outubro de 2002, resolve:

Art. 1º Estabelecer critérios relativos à integração das ações de concessão do Seguro-Desemprego e de assistência ao trabalhador que vier a ser identificado como submetido a regime de trabalho forçado ou reduzido a condição análoga à de escravo.

Parágrafo único. O trabalhador resgatado deverá ser encaminhado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por intermédio do Sistema Nacional de Emprego – SINE, para ações de qualificação profissional e recolocação no mercado de trabalho, na forma já estabelecida por este Conselho.

Art. 2º Terá direito a perceber o Seguro-Desemprego o trabalhador que comprove:

I – Ter sido comprovadamente resgatado de regime de trabalho forçado ou da condição análoga à de escravo;

II – Não estar em gozo de qualquer benefício previdenciário de prestação continuada, previsto no Regulamento de Benefícios da Previdência Social, excetuando o auxílio-acidente e a pensão por morte;

III – Não possuir renda própria de qualquer natureza suficiente à sua manutenção e de sua família.

Art. 3º Para habilitar-se ao benefício do Seguro-Desemprego o trabalhador resgatado, em decorrência de ação de fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego deverá apresentar ao Ministério do Trabalho e Emprego, os seguintes documentos:

I – Carteira de Trabalho e Previdência Social, devidamente anotada pelo auditor fiscal do Ministério do Trabalho e Emprego; ou Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho - TRCT; ou documento emitido pela fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego que comprove a situação de ter sido resgatado da situação análoga à escravidão;

II – Comprovante de inscrição no Programa de Integração Social – PIS;

III – Declaração de que não está em gozo de nenhum benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;

IV – Declaração de que não possui renda própria suficiente à sua manutenção e de sua família.

Parágrafo único. As declarações de que tratam os incisos III e IV, deste artigo, serão firmadas pelo trabalhador no documento de Requerimento do Seguro-Desemprego do Trabalhador Resgatado –RSDTR, fornecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 4º No ato do requerimento, o Auditor Fiscal do Trabalho conferirá os critérios de habilitação e fornecerá ao trabalhador a Comunicação de Dispensa do Trabalhador Resgatado – CDTR, devidamente preenchida.

Art. 5º O valor do benefício do Seguro-Desemprego do trabalhador resgatado corresponderá a um salário-mínimo e será concedido por um período máximo de três meses, a cada período aquisitivo de doze meses a contar da última parcela recebida, desde que satisfeitas as condições estabelecidas no art. 3º.

Art. 6º O benefício do Seguro-Desemprego é pessoal e intransferível, salvo nos casos de:

I – Morte do segurado, para efeito de recebimento das parcelas vencidas, quando será pago aos dependentes mediante apresentação de Alvará Judicial;

II – grave moléstia do segurado, comprovada por perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, quando será pago ao seu curador, ou ao procurador admitido pela Previdência Social.

Art. 7º O trabalhador poderá requerer o benefício do Seguro-Desemprego até o nonagésimo dia subsequente à data do resgate.

Art. 8º Para receber o benefício o trabalhador deverá comparecer no domicílio bancário, munido da seguinte documentação:

a) Comprovante de inscrição no Programa de Integração Social – PIS;

b) Carteira de Trabalho e Previdência Social, devidamente anotada pelo auditor fiscal do Ministério do Trabalho e Emprego; ou Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho - TRCT; ou documento emitido pela fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego que comprove a situação de ter sido resgatado da situação análoga à escravidão; e,

c) Comunicação de Dispensa do Trabalhador Resgatado - CDTR.

§ 1º O agente pagador conferirá os critérios de habilitação e registrará o pagamento da parcela liberada na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

§ 2º O comprovante de pagamento do benefício será o Documento de Pagamento do Seguro-Desemprego – DSD, emitido pelo agente pagador.

Art. 9º O pagamento da primeira parcela corresponderá aos trinta dias de desemprego, a contar da data do resgate.

§ 1º O trabalhador fará jus ao pagamento integral das parcelas subsequentes para cada mês, por fração igual ou superior a quinze dias de desemprego.

§ 2º A primeira parcela será liberada a partir do sétimo dia do requerimento e as demais parcelas a cada intervalo de trinta dias, contados da emissão da parcela anterior, desde que não ocorra o reemprego.

§ 3º No caso de reemprego nos primeiros trinta dias o trabalhador deverá restituir os valores recebidos.

Art. 10. O pagamento do Seguro-Desemprego será suspenso nas seguintes situações:

I – Admissão em novo emprego;

II – Início de percepção de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte.

Art. 11. O Seguro-Desemprego será cancelado:

I – pelo retorno à atividade de trabalho forçado ou reduzido a condição análoga à de escravo;

II – pela recusa, por parte do trabalhador, de outro emprego condizente com sua qualificação e remuneração;

III – por comprovação de falsidade na prestação de informações à habilitação;

IV – por comprovação de fraude visando à percepção indevida do benefício do Seguro-Desemprego;

V – por morte do segurado.

§ 1º Para efeito do Seguro-Desemprego, considerar-se-á emprego condizente com a vaga ofertada, aquele que apresente tarefas semelhantes ao perfil profissional do trabalhador, declarado/comprovado no ato do seu cadastramento.

§ 2º No caso de salário compatível, deverá ser tomado como parâmetro o piso salarial da categoria, a média do mercado baseado nos dados do Sistema Nacional de Emprego - SINE e salário pretendido no ato do cadastramento.

§ 3º Caso o trabalhador seja convocado para um novo posto de trabalho e não atenda à convocação por três vezes consecutivas o benefício será suspenso.

§ 4º O cancelamento do benefício em decorrência de recusa pelo trabalhador de novo emprego, poderá ocorrer após análise pelo órgão competente, da resposta do empregador e da declaração apresentada pelo trabalhador, contendo justificativa devidamente fundamentada para a recusa de novo emprego;

§ 5º Nos casos previstos nos incisos II, III e IV, deste artigo, o Seguro-Desemprego será cancelado por dois anos, dobrando-se este prazo em caso de reincidência.

Art. 12. As parcelas do Seguro-Desemprego, recebidas indevidamente pelos segurados, serão restituídas mediante depósito em conta do Programa Seguro-Desemprego na Caixa

Econômica Federal - CAIXA, por intermédio da utilização de documento próprio a ser fornecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Parágrafo único. O valor da parcela a ser restituída será corrigido de acordo com o valor do benefício vigente, na data da restituição.

Art. 13. Ficam aprovados os anexos formulários de “Requerimento do Seguro-Desemprego do Trabalhador Resgatado - RSDTR” e “Comunicação de Dispensa do Trabalhador Resgatado -CDTR” para concessão do benefício instituído pela Medida Provisória nº 74, de 23 de outubro de 2002.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Francisco Canindé Pegado do Nascimento
Presidente do CODEFAT

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL: DE : 18 / 11 / 2002 PÁG.(s) : 92 a 93 SEÇÃO 1



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Requerimento do Seguro-Desemprego do Trabalhador Resgatado

5001 000000

2	NOME DO DISPENSADO														
3	APELIDO										4		DATA NASC. DIA MÊS ANO		
5	NOME DA MÃE DO DISPENSADO														
6	ENDEREÇO DO DISPENSADO (RUA, NÚMERO, APTO., ETC)														
7	PONTO DE REFERÊNCIA														
CONTINUAÇÃO PONTO DE REFERÊNCIA								8	CEP		9	UF	10	MUNICÍPIO	BAIRRO
11	DDD	TELEFONE PARA CONTATO			12	NOME PARA CONTATO				13	ESTADO CIVIL S-SOLTEIRO C-CASADO O-OUTROS				
14	PIS/PASEP				15	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL NÚMERO SÉRIE UF			16	RAÇA		17	UF E MUNICÍPIO NATURAL		
18	SEXO 1-MAS 2-FEM		19	GRAU DE INSTRUÇÃO											

DADOS DO ÚLTIMO EMPREGADOR

20	TIPO INSCRIÇÃO: 1-CNPJ 2-CEI		21	CNPJ/CEI				22	ATIV. ECONOMICA		DV			
23	CBO		OCUPAÇÃO											
24	DATA ADMISSÃO DIA MÊS ANO			25	DATA DEMISSÃO DIA MÊS ANO			26	QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS NO VÍNCULO		27	MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO	
28	DOMICÍLIO BANCÁRIO BANCO AGÊNCIA DV			NOME DO BANCO E DA AGÊNCIA										

PRETENSÃO PROFISSIONAL

29	OCUPAÇÃO PRETENDIDA										CBO	
30	EXP. C/ CTPS EM MESES		31	EXP. S/ CTPS EM MESES								
32	FORMAÇÃO PRETENDIDA										CBO	

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DE PREENCHIMENTO			DIA MÊS ANO		CÓDIGO DE DISPENSA		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 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 – conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido me comprometerei a devolvê-lo ao FAT;
 V – as informações supracitadas são verdadeiras.
 Nestes termos, requiro a concessão do Seguro-Desemprego."

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DISPENSADO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa do Trabalhador Resgatado

5001 000000

2	NOME DO DISPENSADO														
3	APELIDO								4		DATA NASC.				
									DIA	MÊS	ANO				
5	NOME DA MÃE DO DISPENSADO														
6	ENDEREÇO DO DISPENSADO (RUA, NÚMERO, APTO., ETC)														
7	PONTO DE REFERÊNCIA														
	CONTINUAÇÃO PONTO DE REFERÊNCIA							8	CEP		9	UF	10	MUNICÍPIO	BAIRRO
11	DDD		TELEFONE PARA CONTATO			12	NOME PARA CONTATO			13	ESTADO CIVIL				
											S-SOLTEIRO C-CASADO O-OUTROS				
14	PIS/PASEP				15	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL			16	RAÇA		17	UF E MUNICÍPIO NATURAL		
						NÚMERO SÉRIE UF									
18	SEXO		19		GRAU DE INSTRUÇÃO										
	1-MAS 2-FEM														

DADOS DO ÚLTIMO EMPREGADOR

20	TIPO INSCRIÇÃO: 1-CNPJ 2-CEI		21	CNPJ/CEI				22	ATIV. ECONOMICA		DV								
23	CBO		OCUPAÇÃO																
24	DATA ADMISSÃO			25			DATA DEMISSÃO			26		QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS NO VÍNCULO		27		MÊS		ÚLTIMO SALÁRIO	
	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO										
28	DOMICÍLIO BANCÁRIO		BANCO		AGÊNCIA		DV		NOME DO BANCO E DA AGÊNCIA										

PRETENSÃO PROFISSIONAL

29	OCUPAÇÃO PRETENDIDA										CBO	
30	EXP. C/ CTPS EM MESES		31		EXP. S/ CTPS EM MESES							
32	FORMAÇÃO PRETENDIDA										CBO	

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO		DIA		MÊS		ANO		CÓDIGO DE DISPENSA		MOTIVO DO CANCELAMENTO (CÓDIGO)	
NÚMERO DO POSTO											

ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO CREDENCIADO

2ª Via: Trabalhador Dispensado

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 Trabalhador Resgatado – Requerimento ao Ministério do Trabalho e Emprego.

2ª via: Comunicação de Dispensa do Trabalhador Resgatado – 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:

CAMPO 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.

CAMPO 3 – Preencha com o apelido do dispensado.

CAMPO 4 – Preencha com a data de nascimento do dispensado.

CAMPO 5 – 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.

CAMPO 6 – Preencha com o endereço completo que o dispensado utiliza para recebimento de correspondência indicando a Rua, número, apartamento, etc.

CAMPO 7 – Informe ponto de referência que facilite a localização do endereço.

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

CAMPO 9 – UF – Preencha com a sigla da Unidade da Federação (Estado) do endereço do dispensado.

CAMPO 10 – Preencha com o código do município (conforme IBGE) e do bairro onde reside.

CAMPO 11 – Preencha com o número, a série e a Unidade da Federação emissora da Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 12 – Preencha com o nome da pessoa que será o contato.

CAMPO 13 – Informar o estado civil: **S** – solteiro, **C** – casado e **O** – outros.

CAMPO 14 – Preencha com o número de inscrição do PIS-PASEP. Se houver mais de uma, informe a mais antiga.

CAMPO 15 – Preencha com o número, a série e a Unidade da Federação emissora da Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 16 – Preencha com o código da raça: Branca; Amarela; Negra; Parda; Indígena e Não Declarada.

CAMPO 17 – Preencha com a sigla da Unidade da Federação e o código do município (conforme IBGE) de nascimento.

CAMPO 18 – Preencha com o código **1** (masculino) ou **2** (feminino).

CAMPO 19 – 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.

CAMPO 20 – Tipo de inscrição: **1** (CNPJ) ou **2** (CEI)

CAMPO 21 – Preencha com o número do CNPJ ou o número do CEI.

CAMPO 22 – Preencha com o número da Atividade Econômica da Empresa, conforme o CNAE.

CAMPO 23 – Preencha com o código de ocupação do dispensado e a descrição, conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

CAMPO 24 – Preencha com a data de admissão do dispensado, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 25 – Preencha com a data de demissão do dispensado, conforme registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 26 – Preencha com o total de meses trabalhados com vínculo empregatício comprovado pelo trabalhador dispensado.

CAMPO 27 – Preencha com o mês e o valor 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.

CAMPO 28 – Preencha com o código do banco e código da agência 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.

CAMPO 29 – Preencha com a descrição e o código de ocupação do dispensado, conforme Classificação Brasileira de Ocupação (CBO).

CAMPO 30 – Preencha com o número de meses trabalhados comprovados na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 31 – Preencha com o número de meses trabalhados não comprovados na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CAMPO 32 – Preencha a formação pretendida e o código de ocupação, conforme Classificação Brasileira de Ocupação (CBO).