



# Relatório Trabalhista

1994

<p><b>Trabalhista Previdência Social FGTS</b> <b>Imposto de Renda- PF</b> <b>Segurança e Saúde do Trabalhador</b> <b>Legislação</b> <b>Recursos Humanos</b> <b>Departamento Pessoal</b> <b>Salários</b> <b>Dados Econômicos</b></p>	<p><b>Para fazer a sua assinatura, entre no site <a href="http://www.sato.adm.br">www.sato.adm.br</a></b></p> <p><b>O que acompanha na assinatura ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• informativos editados duas vezes por semana (3<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> feiras);</li><li>• CD-Rom Trabalhista (guia prático DP/RH) devidamente atualizado;</li><li>• consultas trabalhistas por telefone e por e-mail (sem limite);</li><li>• acesso integral às páginas do site (restritas apenas aos assinantes);</li><li>• notícias de urgência ou lembretes importantes, por e-mail;</li><li>• requisição de qualquer legislação, pertinente a área, além dos arquivos disponibilizados no CD-Rom Trabalhista;</li><li>• descontos especiais nos eventos realizados pela Sato Consultoria de Pessoal (cursos, palestras e treinamento in company).</li></ul>
---	---

Todos os direitos reservados

Todo o conteúdo deste arquivo é de propriedade intelectual da Sato Consultoria. É destinado somente para uso pessoal e não-comercial, que fica proibido de modificar, copiar, distribuir, transmitir, exibir, executar, reproduzir, publicar, licenciar, criar trabalhos derivados, transferir ou vender qualquer informação, sem autorização por escrito da proprietária.

SEGURO-DESEMPREGO - NOVO FORMULÁRIO A PARTIR DE NOVEMBRO/94

A Resolução nº 71, de 26/10/94, DOU de 10/11/94, do Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador, aprovou alterações dos formulários para a concessão do Seguro-Desemprego a partir de novembro/94. Os formulários antigos (instituído pela Resolução nº 18, de 03/07/91), poderão ainda ser utilizados até novembro/96. Na íntegra:

" O Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - CODEFAT, face ao disposto no inciso V do art. 19 da Lei nº 7998, de 11/01/90, e tendo em vista as alterações introduzidas pela Lei nº 8900, de 30/06/94, resolve:

Art. 1º - Aprovar as alterações dos formulários instituídos pela Resolução do CODEFAT nº 18, de 03/07/91, 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);
- 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, fornecido pelo Ministério do Trabalho e mediante autorização da Secretaria de Políticas de Emprego e Salário - SPES, 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), tem forma de aerograma e contém, além das informações constantes da parte superior da Comunicação de Dispensa - CD (2a. via), as seguintes informações:

- I - declaração do dispensado, a ser firmada por ocasião do Requerimento de Seguro-Desemprego;
- II - espaço reservado para a relação de pessoas jurídicas ou físicas equiparadas às jurídicas que pagaram os últimos 6 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 64, de 28/07/94.

§ 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 11/01/90.

§ 3º - O envelope do Requerimento de Seguro-Desemprego não deverá ser selado vez que o porte será pago pelo Ministério do Trabalho.

Art. 5º - O Formulário de que trata o inciso II do art. 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).
- II - Parte inferior, destacável, que será o comprovante do empregador,

relativo a entrega da Comunicação de Dispensa - CD (2a. via) e o requerimento de Seguro-Desemprego - SD (la. via), ao trabalhador dispensado.

§ único - os 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 5 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 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 - Permanecem válidos e passíveis de serem usados os estoques ainda existentes do formulário instituído pela Resolução do CODEFAT nº 18, de 03/07/91, por um período de até 2 anos, ficando, no entanto, expressamente proibida a confecção de novos formulários diferentes do modelo de que trata o art. 1º desta Resolução.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário. "

## M O D E L O S

### ANEXO I

<b>MINISTÉRIO DO TRABALHO</b> <b>Requerimento de Seguro-Desemprego - SD</b>		1																																	
<table border="1"> <tr> <td>1. NOME DO EMPREGADO</td> <td>2. NOME DO EMPREGADOR (RAZÃO, NOME, ATIV. EMPRESARIAL, C.F.)</td> <td>3. DATA DE NASCIMENTO</td> </tr> <tr> <td>4. NOME DA PESSOA QUE INFORMA</td> <td>5. NOME DO TRABALHADOR</td> <td>6. TÍTULO DA FUNÇÃO</td> </tr> <tr> <td>7. ENDEREÇO DO TRABALHADOR</td> <td>8. CANTOES DE TRABALHO E PRESTAÇÃO SOCIAL NÚMERO DE LINHA:</td> <td>9. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL</td> </tr> <tr> <td>10. DATA DE INÍCIO DA DISPENSA</td> <td colspan="2">11. Prazo para devolução da ficha de dispensa DATA INICIAL: DATA FINAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">12. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">13. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 14. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 15. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">16. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 17. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 18. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">19. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 20. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 21. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 22. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">           DECLARAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO PÓSITO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO            DATA: 00 / 00 / 0000 MÊS: ANO: DÉCIMO: DEZ            PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____            PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____            NOME DO PÓSITO: _____ NOME AUTORIZADO: _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">           ASSINATURA E CARMOS DO PÔSITO DE ATENDIMENTO            ASSINATURA E CARMOS DO EMPRESÁRIO: _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>DECLARAÇÃO</b>            *Declaro, sob as penas previstas na legislação, que:            I — há desemprego há mais de 07 dias e estou desempregado;            II — não posso renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família;            III — não encontro em gozo do benefício de prestação continuada da Previdência Social, exeto o acidente de trabalho ou permanência em serviço;            IV — as informações supreendidas são verdadeiras.            Nestes termos, requesto a concessão do seguro-desemprego.*            PÓSITO DE ATENDIMENTO         </td> </tr> </table>			1. NOME DO EMPREGADO	2. NOME DO EMPREGADOR (RAZÃO, NOME, ATIV. EMPRESARIAL, C.F.)	3. DATA DE NASCIMENTO	4. NOME DA PESSOA QUE INFORMA	5. NOME DO TRABALHADOR	6. TÍTULO DA FUNÇÃO	7. ENDEREÇO DO TRABALHADOR	8. CANTOES DE TRABALHO E PRESTAÇÃO SOCIAL NÚMERO DE LINHA:	9. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL	10. DATA DE INÍCIO DA DISPENSA	11. Prazo para devolução da ficha de dispensa DATA INICIAL: DATA FINAL:		12. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:			13. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 14. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 15. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:			16. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 17. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 18. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:			19. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 20. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 21. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 22. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:			DECLARAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO PÓSITO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO DATA: 00 / 00 / 0000 MÊS: ANO: DÉCIMO: DEZ PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____ PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____ NOME DO PÓSITO: _____ NOME AUTORIZADO: _____			ASSINATURA E CARMOS DO PÔSITO DE ATENDIMENTO ASSINATURA E CARMOS DO EMPRESÁRIO: _____			<b>DECLARAÇÃO</b> *Declaro, sob as penas previstas na legislação, que: I — há desemprego há mais de 07 dias e estou desempregado; II — não posso renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família; III — não encontro em gozo do benefício de prestação continuada da Previdência Social, exeto o acidente de trabalho ou permanência em serviço; IV — as informações supreendidas são verdadeiras. Nestes termos, requesto a concessão do seguro-desemprego.* PÓSITO DE ATENDIMENTO		
1. NOME DO EMPREGADO	2. NOME DO EMPREGADOR (RAZÃO, NOME, ATIV. EMPRESARIAL, C.F.)	3. DATA DE NASCIMENTO																																	
4. NOME DA PESSOA QUE INFORMA	5. NOME DO TRABALHADOR	6. TÍTULO DA FUNÇÃO																																	
7. ENDEREÇO DO TRABALHADOR	8. CANTOES DE TRABALHO E PRESTAÇÃO SOCIAL NÚMERO DE LINHA:	9. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL																																	
10. DATA DE INÍCIO DA DISPENSA	11. Prazo para devolução da ficha de dispensa DATA INICIAL: DATA FINAL:																																		
12. DATA DE INÍCIO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: DATA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:																																			
13. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 14. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 15. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:																																			
16. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 17. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 18. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:																																			
19. DADOS DA PESSOA SALARISADA: 20. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 21. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL: 22. PRAZO PARA PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO SOCIAL:																																			
DECLARAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO PÓSITO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO DATA: 00 / 00 / 0000 MÊS: ANO: DÉCIMO: DEZ PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____ PRESENTE: _____ CERTIFICO: _____ NOME DO PÓSITO: _____ NOME AUTORIZADO: _____																																			
ASSINATURA E CARMOS DO PÔSITO DE ATENDIMENTO ASSINATURA E CARMOS DO EMPRESÁRIO: _____																																			
<b>DECLARAÇÃO</b> *Declaro, sob as penas previstas na legislação, que: I — há desemprego há mais de 07 dias e estou desempregado; II — não posso renda própria de qualquer natureza, suficiente à manutenção pessoal e de minha família; III — não encontro em gozo do benefício de prestação continuada da Previdência Social, exeto o acidente de trabalho ou permanência em serviço; IV — as informações supreendidas são verdadeiras. Nestes termos, requesto a concessão do seguro-desemprego.* PÓSITO DE ATENDIMENTO																																			

MINISTÉRIO DO TRABALHO Comunicação de Dispensa - CD		2
<p>1. NOME DO EMPRESÁRIO</p> <p>2. ENDERECO DO EMPRESÁRIO (RLA, NÚMERO, APTO, BARRACONTE, ETC)</p> <p>3. COMPLEMENTO DO ENDERECO</p> <p>4. NOME DA MAE DO EMPRESÁRIO</p> <p>5. TIPO EMPRESÁRIO</p> <p>6. NOME DA EMPRESÁRIO</p> <p>7. ENDERECO DA EMPRESÁRIO</p> <p>8. CATEGORIA DE EMPRESÁRIO</p> <p>9. DATA DE FUNDACAO</p> <p>10. CEP DA EMPRESÁRIO</p>		
CARTÃO IDENTIFICAÇÃO DO EMPRESÁRIO		
<p>11. NOME DO EMPRESÁRIO 12. NOME DO MÉDICO 13. NOME 14. NOME 15. NOME 16. NOME 17. NOME 18. NOME 19. NOME 20. QUANTIDADE DE MESES TRABALHADOS COM PACTO DE COMPENSACAO POR VENCIMENTO DE MESES.</p>		
<p>21. RECEBIMENTO SALARIO EM CAPO UNICO ULTIMOS MESES</p> <p>22. ABONO PREVIO SALARIO</p>		
<p>DATA DE INSCRIÇÃO NA PRESTADORA DO PÓS-LO AJ DATA DO RECONHECIMENTO RECONHECIMENTO INSCRIÇÃO CANCELAÇÃO NÚMERO DO PÓS-LO</p> <p>DATA DE CADASTRO ASSINATURA DO EMPRESÁRIO</p> <p>ASSINATURA DO OPERADOR</p>		
<p>MINISTÉRIO DO TRABALHO Comunicação de Dispensa - CD</p>		
<p>RECEBIMENTO DE 2 (DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO</p>		

**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
Programa Seguro-Desemprego  
Rio de Janeiro - RJ  
20217-970

nome/pres.:  
nome:  
endereço:  
bairro: cidade:  
cidade:  
CEP:  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AO COLAR NÃO ULTRAPASSE ESTA LINHA

Empregadores dos últimos 6 (seis) meses, (em ordem crescente) - Ver instrução QUADRO 21 e VERSO DA 2ª VIA

CGC OU CIE (INSS) do Empresário	RAZÃO SOCIAL	Data Admissão	Data Demissão

## **INSTRUÇÕES PARA O TRABALHADOR**

### **CÓMO 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 rase ou nem rasgue. Em caso de reclassificações ou dívidas, procure um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.

#### **VOÇÊ SÓ TERÁ DIREITO AO SEGURO-DESEMPREGO SE:**

- Se desempregado sem justa causa ou teve a dispensa indireta.
- Esteja desempregado no dia de entrega do requerimento ao Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.
- Trabalhou por pelo menos 6 (seis) meses em emprego com vínculo empregatício pelo menos 6 (seis) meses nos últimos 36 (trinta e seis) meses que antecedem a data de demissão (quadro 20).
- Recebeu salários consecutivos de um ou mais empregadores, no período de seis meses imediatamente anteriores à data da demissão (quadro 21).

#### **O QUE FAZER SE VOCÊ TEM DIREITO:**

Se você continua desempregado após 07 dias de sua demissão, sem condições para seu sustento e de sua família, pegue o formulário de cor verde (Requerimento de Seguro-Desemprego), leia com atenção, verifique se seus dados estão corretos, coloque a data e assine.

**PRAZO:** Você terá de 07 até 120 dias, desde a rescisão do contrato de trabalho, para requerer o seu Seguro-Desemprego através do formulário de cor verde.

Dinheirão com os dois formulários (o de cor verde e o de marrom), Carteira de Trabalho e Previdência Social, Cartão do PIS/PASEP e Rescisão Contratual, dirija-se a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego. O funcionário do Posto de Atendimento irá carimbar o formulário marrom e devolverá a você. O formulário verde será enviado ao MTB. Guarde a sua via marrom com cuidado, pois ela é o único comprovante de que você requereu o benefício.

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

#### **CÓMO 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 enviou o requerimento do Seguro-Desemprego, dirija-se a agência do banco, que você escolheu e está indicada nessa via, com os seguintes documentos:

1. Esta Comunicação de Dispensa
2. Sua Carteira de Trabalho e Previdência Social
3. Sua Cartão do PIS/PASEP
4. Rescisão Contratual quitada (TRCT/APA do FGTS)
5. Carteira de Identidade

Você apresentará os documentos ao funcionário do banco, que lhe dará a resposta do Ministério do Trabalho sobre o seu requerimento de Seguro-Desemprego. Se não tiver sido aprovado, você não receberá o pagamento e terá sua Carteira de Trabalho e Previdência Social anotada pelo caixa.

**ATENÇÃO:** Não deixe a Comunicação de Dispensa com o Agente do Banco.

Você poderá receber de 03 a 05 parcelas num período de 18 meses.  
As parcelas permanecem na agência por um período máximo de 60 dias.

As parcelas estarão no banco, à sua disposição, sempre de 20 em 30 dias.

Se você não receber o seguro no prazo, ou se perder qualquer desses documentos, dirija-se a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.

#### **LEMBRETES IMPORTANTES:**

- Você só poderá receber cada parcela do Seguro-Desemprego se estiver desempregado e sem condições para seu sustento e de sua família.
- Se você conseguir um novo emprego enquanto estiver recebendo o Seguro-Desemprego, estará obrigado a comunicar a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego e ao seu novo empregador sua condição de segurado.
- Caso você precise mudar de cidade, procure um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego.

----- DESTACAR -----

## **IMPOSTO DE RENDA - PARCELAMENTO DE DÉBITOS**

A Portaria nº 561, de 09/11/94, DOU de 10/11/94, do Ministério da Fazenda, liberou o parcelamento, em até 60 meses, os débitos para com a Fazenda Nacional, inscritos ou não como Dívida Ativa. Veja na íntegra:

" O Ministro do Estado da Fazenda, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o disposto no Decreto-lei nº 352, de 17/06/68, resolve:

Art. 1º - Os débitos para com a Fazenda Nacional, inscritos ou não como Dívida Ativa, poderão ser parcelados em até 60 meses, obedecidas as condições estabelecidas em atos do Procurador-Geral da Fazenda Nacional ou do Secretário da Receita Federal.

§ único - O número de parcelas poderá ser elevado até o dobro do previsto no caput deste artigo, por despacho fundamentado do Ministro da Fazenda, quando o interessado, cumulativamente, comprovar:

I - que a cobrança do débito fiscal, em decorrência da situação excepcional do devedor, não pode ser efetuada sem prejuízo para a manutenção ou desenvolvimento das suas atividades empresariais;

II - que é de interesse econômico ou social a continuidade da atividade explorada; e

III - que se configura a possibilidade de o recolhimento dos créditos fiscais supervenientes vir a efetuar-se com regularidade.

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

Art. 3º - Revogam-se as Portarias MF nº 307, de 01/07/93, MF nº 527, de 24/09/93, e arts. 1º e 2º da Portaria MF nº 177, de 24/04/93. "

CIRO FERREIRA GOMES

Para fazer a sua assinatura, entre no site  
[www.sato.adm.br](http://www.sato.adm.br)

### **O quê acompanha na assinatura ?**

- informativos editados duas vezes por semana (3ª e 6ª feiras);
- CD-Rom Trabalhista (guia prático DP/RH) devidamente atualizado;
- consultas trabalhistas por telefone e por e-mail (sem limite);
- acesso integral às páginas do site (restritas apenas aos assinantes);
- notícias de urgência ou lembretes importantes, por e-mail;
- requisição de qualquer legislação, pertinente à área, além dos arquivos disponibilizados no CD-Rom Trabalhista;
- descontos especiais nos eventos realizados pela Sato Consultoria de Pessoal (cursos, palestras e treinamento in company).