

## Requerimento de Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal – SDPA

**Requerente (apresentar documento de identificação com foto):**

Nome do Requerente:			
Data de Nascimento:	Nome da mãe:		
CPF:	RG:	PIS:	CEI:

**Endereço:**

Logradouro:	Nº:	Complemento:
Município:	UF:	CEP:
Telefone:		

**Períodos de Defeso e atividade do requerente:**

Nº da publicação:	Data da publicação:	Área:
1º Período – Início:	Fim:	2º Período – Início:
		Fim:
Espécies capturadas proibidas:		

**Embarcação (caso embarcado, apresentar documento do barco):**

Nº RGP:	UF:	AB:	Nº de Tripulantes:	CPF do Proprietário:
---------	-----	-----	--------------------	----------------------

**Entidade Representativa (Colônia, Sindicato ou Associação):**

Nome:	CNPJ:
-------	-------

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

I - Sou pescador profissional e exerço esta atividade de forma artesanal, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de parceiros;  
 II - Não disponho de fonte de renda diversa da decorrente da atividade pesqueira;  
 III - Não estou em gozo de nenhum benefício previdenciário ou assistencial de natureza continuada, exceto pensão por morte e auxílio-acidente;  
 IV - Dediquei-me a pesca, em caráter ininterrupto, durante o período compreendido entre o defeso anterior e o em curso, ou nos doze meses imediatamente anteriores ao do defeso em curso;  
 V - Não recebo nem recebi benefício de seguro-desemprego neste ano decorrente de defesos relativos a espécies distintas daquela referente a este requerimento;  
 VI - Vindo a dispor de qualquer outra fonte de renda, decorrente de atividade remunerada ou benefícios previdenciários ou assistenciais de natureza continuada, exceto pensão por morte e auxílio-acidente, deverei comunicar ao INSS para cancelamento do seguro-desemprego;  
 VII - Estou ciente que o benefício é pessoal e intransferível;  
 VIII - Conheço as condições para receber o benefício, e em caso de recebimento indevido comprometo-me a restituir os valores ao Fundo de Amparo ao trabalhador – FAT;  
 IX - Todas as informações prestadas são verdadeiras;  
 X - AUTORIZO a referida Entidade a representar-me perante o INSS, na pessoa de seus agentes autorizados, e a terem acesso apenas às informações pessoais necessárias para subsidiar o requerimento eletrônico do SDPA e possíveis recursos.

Nestes termos, requeiro o Seguro-Desemprego do Pescador Artesanal.

Local de assinatura (município e UF)	Data
Assinatura do requerente	
Assinatura do representante da entidade	

No caso de requerente analfabeto, é obrigatória a assinatura de duas testemunhas (anexar documento de identificação com foto e CPF):

Nome:	Nome:
CPF:	RG:
Assinatura	Assinatura

Polegar direito