 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho
	CAT Parcial

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	10/01/2012
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	COOPERATAS.ANA@TERRA.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	C C DE T D O S P D E V D O T COLETIVO DE CAMPINAS E REGIAO		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 034913280001-46	CNAE	94308
CEP	13054047	Endereço	R YVES MONTAND 30
Bairro	JD SANTA LETICIA	Estado	SP
Município	CAMPINAS	Telefone	019-32262086

Informações do Acidentado

Nome	FRANCISCO CAL ALVES	Data Nascimento	23/05/1961
Nome da Mãe	MARIA ESTEVAM DE JESUS	Sexo	Masculino
Grau de Instrução	2 - Até a 4a série fundamental (incompleta)	Remuneração	1.000,00
Estado Civil	Solteiro	Identidade	14288910 Dt emissão: 12/09/2009 Org Exp: 01
CTPS	007552 Série: 00042 Dt emissão: UF: SP	UF: SP	
PIS/PASEP/NIT	1083531351-1	Endereço	R QUENIA
Bairro	NUCLEO RESIDENCIAL V	CEP	13036812
Estado	SP	Município	CAMPINAS
Telefone	-0032261988	CBO	914405 - MECANICO DE MANUTENCAO DE AUTOMOVEIS, MOTOC
Aposentado	Não	Arca	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	09/01/2012	Hora do Acidente	21:20
Horas Trabalhadas	07:00	Tipo	1 - Típico
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Sim
Local do Acidente	1 - Estabelecimento da Empregadora	Esp. Local	OFICINA
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	SP
Município do Acidente	CAMPINAS	Ultimo dia Trabalhado/Dt Óbito	09/01/2012
Parte do Corpo	75.60.60.000 - QUADRIS (INCLUSIVE PELVIS, ÓRGÃOS PÉLVICOS)		
Agente Causador	30.30.75.900 - VEICULO, NIC		
Sit. Gerador	20.00.20.900 - APRISIONAMENTO EM. SOB OU ENTRE, N		
Morte	Não	Data Óbito	
Descrição do Acidente		Nome Testemunha	
Endereço		CEP	
Município/UF		Telefone	

Campinas, 10 de Janeiro/2012

Local e Data

COOPERATAS - COOPERATIVA TRAB. PROP. VEÍCULOS TRANSP. COLETIVO CPS. E REG.

Informações do Atestado Médico

Unidade	MS - PUC	Data Atend.	9/1/2012
Hora Atend.		Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim, 60 dias		
Nat. Lesão	At. Lombar - lesão por esforço repetitivo - LER/DORT		
CID - 10	S32	CRM	91440
Observações			

Campinas, 13/1/2012

Local e Data

Marcia Leni G. Ramalho
Assinatura (e carimbo) do médico com CRM/UF

Cadastrada parcialmente em 10/01/2012 às 13:02:14

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

Somente com as Informações do Atestado Médico a CAT será reconhecida junto ao INSS

Requerimento de Auxílio Doença**Comprovante do Requerimento**

Requerimento: 138098176

Benefício Nº: 5498759173

Data: 31/01/2012

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 10835313511

Nome: FRANCISCO CAL ALVES

Endereço: RUA QUENIA, 150 LT 25 QD E2

Bairro/Município/UF/CEP: NUCLEO RES. VILA VITORIA / CAMPINAS / SP / 13056812

Agência Realização Perícia: APS - CAMPINAS-REGENTE FEIJÓ

Endereço da Perícia: RUA REGENTE FEIJÓ, 1266

Bairro/Município/UF/CEP: CENTRO / CAMPINAS / SP / 13013052

Agência Mantenedora: APS - CAMPINAS AMOREIRAS

Endereço da Agência Mantenedora: AV RUY RODRIGUES, 714

Bairro/Município/UF/CEP: JARDIM NOVO CAMPOS ELISEOS / CAMPINAS / SP / 1306019

Exame médico-pericial agendado para: 14/02/2012 13:00

CNPJ, CGC ou CEI: 03491328000146

Data do último dia de trabalho: 10/01/2012

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: 31/01/2012

COOPERATIVAS: COOPERATIVA TRAB. PROP. VEHÍCULOS TRANSP. COLETIVO CPS. E REG.

Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar

Imprimir

SABI-AX1.V-1.6.6

AV. BARÃO DE ITAPURA, 1478 - BOTAFOGO - 13020-432 - CAMPINAS - SP

FONES: 3234-0456 / 3232-9165

E-MAIL: amoassessoria@terra.com.br

CNPJ: 02.064.687/0001-54

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: *Joanirso Cal Alves*

DOCUMENTO: *34 288.910-6*

DATA DE NASCIMENTO: *23/05/64*

FUNÇÃO: *Mecânico*

EMPRESA: *Cooperativa Cooperativa Trabalhadora*

EXAME MÉDICO: *Retirado do Trabalho*

Em cumprimento à Portaria 3214/78 do Mtb e Portaria 24/94 da SSST, que regulamentam o art. 168 da consolidação das Leis trabalhistas, atesto que o(a) paciente acima foi examinado(a) clinicamente, goza atualmente de aparente estado de saúde física.

RESULTADO: ☒ **APTO**
☐ **INAPTO**

OBSERVAÇÕES:-

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

Clínico / Anamnese

RISCOS OCUPACIONAIS

- ☐ BIOLÓGICO
- ☐ FÍSICO
- ☐ QUÍMICO
- ☐ ERGONÔMICO
- ☐ ACIDENTE

CAMPINAS, *11* DE *Junho* DE *2012*

Dr. Alberto Zagbi
CRM 12207

MÉDICO EXAMINADOR

Francisco Cal Alves

DATA: *11/06/12*

RECEBI RELATÓRIO DE EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES
CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E RECEBI CÓPIA DE IGUAL TEOR

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10835313511

2ª VIA

Número do Benefício: 5498759173

Espécie: 91

Número do Requerimento: 138098176

Ao Sr.(a): FRANCISCO CAL ALVES

Endereço: R QUENIA 150 LT25 QD E2, NUCLEO RESIDENCIAL VILA VIT

CEP: 13056812

Município: CAMPINAS

UF: SP

Assunto: Pedido de Reconsideração de Decisão

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Reconsideração, apresentado no dia 27/03/2012, informamos que a decisão anterior foi reformada, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 01/06/2012

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício, V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 01/06/2012 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos/Conselho de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de março de 2012

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - CAMPINAS AMOREIRAS **Endereço:** AV RUY RODRIGUES, 714, JARDIM NOVO CAMPOS ELISEOS

CEP: 13060192 **Município:** CAMPINAS

UF: SP

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 29 de março de 2012

Assinatura do Requerente / Representante Legal

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10835313511

Número do Benefício: 5498759173

Espécie: 91

Número do Requerimento: 138098176

Ao Sr.(a): FRANCISCO CAL ALVES

Endereço: RUA QUENIA150 LT 25 QD E2, NUCLEO RES VILA VITORIA

CEP: 13056812

Município: CAMPINAS

UF: SP

Assunto: Pedido de Reconsideração de Decisão

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Reconsideração, apresentado no dia 27/03/2012, informamos que a decisão anterior foi reformada, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 01/06/2012

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício, V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 01/06/2012 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos/Conselho de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de março de 2012

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - CAMPINAS AMOREIRAS **Endereço:** AV RUY RODRIGUES, 714, JARDIM NOVO CAMPOS ELISEOS
CEP: 13060192 **Município:** CAMPINAS **UF:** SP

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 29 de março de 2012

Assinatura do Requerente / Representante Legal

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10835313511

Número do Benefício: 5498759173

Espécie: 91

Número do Requerimento: 138098176

Ao Sr.(a): FRANCISCO CAL ALVES

Endereço: RUA QUENIA 150 LT 25 QD E2, NUCLEO RES VILA VITORIA

CEP: 13056812

Município: CAMPINAS

UF: SP

Assunto: Pedido de Reconsideração de Decisão

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Reconsideração, apresentado no dia 27/03/2012, informamos que a decisão anterior foi reformada, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 01/06/2012.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício, V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 01/06/2012 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos/Conselho de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de março de 2012

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - CAMPINAS AMOREIRAS **Endereço:** AV RUY RODRIGUES, 714, JARDIM NOVO CAMPOS ELISEOS
CEP: 13060192 **Município:** CAMPINAS **UF:** SP

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 29 de março de 2012

Assinatura do Requerente / Representante Legal

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10835313511

Número do Benefício: 5498759173

Espécie: 91

Número do Requerimento: 138098176

Ao Sr.(a): FRANCISCO CAL ALVES

Endereço: RUA QUENIA, 150 LT 25 QD E2, NUCLEO RES. VILA VITORIA

CEP: 13056812

Município: CAMPINAS

UF: SP

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 31/01/2012, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 14/03/2012

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (14/03/2012), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 14/03/2012 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

Data: 14 de fevereiro de 2012

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - CAMPINAS-REGENTE FEIJÓ **Endereço:** RUA REGENTE FEIJÓ, 1266 , CENTRO
CEP: 13013052 **Município:** CAMPINAS **UF:** SP

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 14 de fevereiro de 2012

Assinatura do Requerente / Representante Legal

COOPERATAS

**Cooperativa de Trabalho dos Proprietários de
Veículos do Transporte Coletivo de Campinas e Região**

E-mail: cooperatas@terra.com.br

CNPJ: 03.491.328/0001-46

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Sr. FRANCISCO CAL ALVES, inscrita no CPF Nº 614.545.167-04, RG nº 14288910-6/SSP, não retornou ao trabalho na data de 14/03/2012, pois o mesmo formalizou junto ao INSS o Pedido de Prorrogação do Benefício.

Sem mais para o momento,

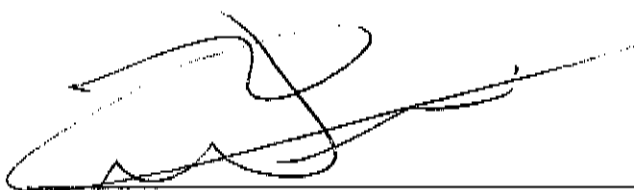
Campinas, 20 de Abril de 2012.

03.491.328/0001-46

COOPERATAS

Rua Yves Montand, nº 30
Jd Santa Leticia Cep 13054-047

CAMPINAS - SP



COOPERATAS - COOP. TRAB. DOS PROP. DE VEIC. TRANSP. CPS E REGIÃO
CNPJ: 03.491.328/0001-46

Rua Yves Montand nº 30 – Jardim Santa Leticia – Campinas – SP – CEP: 13054-047

PABX: (19)3266-6413

FAX: (19) 3266-6413

Início Ordem Desvio Restaura Fim
 01/04/2012 FRANCISCO CAL ALVES
 Valor: 210.24.080 Espera: 91
 Banco: BRADESCO OP: 601403 - AV. ANA
 01/04/2012 Orientação Atual: --

Situação: Ativo
 Pagto: 2 o. Dia Util
 BEATRIZ - URB. CAMPINAS, SP
 Dt. Renovação Senha: --

Período	Ret.	Dt. Pagto	Valor	Meio	Inv	Cred.	Blq	Est	Det
01/04/2012 a 30/04/2012			1.132,00	CMG	*				
01/05/2012 a 14/03/2012	PAGO	05/04/2012	621,80	CMG					
01/04/2012 a 29/02/2012	PAGO	06/03/2012	1.132,00	CMG					
01/03/2012 a 31/01/2012	PAGO	29/02/2012	189,00	CMG					

Para a impressora p/imprimir detalhe
 Para 99 para encerrar ou para detalhar

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

Declarar junto ao Empregador,
 Declaração informando se houve ou
 não retorno ao Trabalho após
 alta da perícia médica em
 14/03/2012, caso houve deverá
 relacionar os dias Trabalhados

[Handwritten signature]