

125  
09  
PR

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**OUTORGANTE: LUIZ CLAIRTON CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, beneficiário do auxílio-acidente, portador do RG de nº 3163121 SSP/PB e CPF de nº 071.192.074-58, domiciliado na cidade de Campina Grande - PB, onde reside na Rua Manoel do Ó, 90, Palmeira.

**OUTORGADO: BRUNO FARIAS LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB nº 12.334, com escritório na Rua Afonso Campos, nº 60 - Edifício Anatólio Center - Subsolo - Sala 04, Centro - Campina Grande - (PB).

**PODERES:** para o foro em geral (artigo 38 do CPC) a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante em qualquer foro, Instância ou Tribunal, bem como perante Repartições Públicas, Órgãos Federais, Estaduais e Municipais, acompanhando as ações, podendo receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, reclamar, requerer, conciliar, recorrer, prestar declarações, receber notificações e intimações, bem como substabelecer com a cláusula "ad judicia" o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, se assim convier, e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Campina Grande, 24 de Abril de 2007.

*Luiz Clairton Cavalcante*

**LUIZ CLAIRTON CAVALCANTE**  
Outorgante

114  
288

BRASIL 1988  
IDENTIFICACAO NACIONAL  
NOME: LUIZ CLAIRTON CAVALCANTE  
GALDINO  
NASC: Francisco Galdino Pereira  
Antonia Graçinha Cavalcante Pereira  
Portaleza-CE.  
15.02.1984  
Cert. Nasc. B2.739, Fls. 091v, Lf. A-71.  
Cert. de Portaleza-CE.

BRASIL 1988  
IDENTIFICACAO NACIONAL  
NOME: LUIZ CLAIRTON CAVALCANTE  
GALDINO  
NASC: Francisco Galdino Pereira  
Antonia Graçinha Cavalcante Pereira  
Portaleza-CE.  
15.02.1984  
Cert. Nasc. B2.739, Fls. 091v, Lf. A-71.  
Cert. de Portaleza-CE.





Caixa Econômica Federal - Agência São Paulo - Av. São Paulo, 150 - 05001-000 - São Paulo, SP

**PARA CONTAR COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO**

**CONTA DE CONSUMO DE AGUA E ESGOTO E SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO**

**CLIENTE** **LUIS RIELINO** **ENDEREÇO** **RUA GONCALVES, 80, 2º - 04** **CIDADE** **SÃO PAULO - SP**

**PAÍS** **BRA** **CEP** **015-01-100-0110**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

**PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL** **PROFISSIONAL**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

LOTÉRIAS CAIXA  
015-886979957-1

15/jan/2007

HORA DE 09:33:58

LOT. 13.013911-4  
LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE  
RG. VINCULADA: 8041

TERM 010057

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CAGEPA CIA AG ESG PARAIBA

VALOR DO PAGAMENTO: 11,36

626400000004 113600106212  
147653201201 070000000011

015-886979957-1

VIA DO CLIENTE

13  
20  
PB

seu trabalho está ameaçado a qualquer hora, para prevenir acidentes e evitar os danos profissionais.  
 Minimize os seus riscos corporais no trabalho.  
 Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada.  
 Toda a atividade tem uma razão que é preciso ser considerada, para evitar a sua repetição.  
 Se você for acidentado, procure logo o serviço médico adequado. Não deixe que "conhecidos" e "inimigos" concentrem para o agravamento de sua lesão.  
 Se você não é estacionário, não se meta a fazer serviços de estacionário.  
 Procure o serviço médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que não tenha danos.  
 As máquinas são responsáveis por acidentes, mas você deve respeitá-las.  
 Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.  
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.  
 Cuidado e discórdia no trabalho produzem a atividade pela deterioração.  
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.  
 Os olhos, pulmões, gravatas e mangas compridas são fatores perigosos do seu ambiente de trabalho.  
 Mantenha sempre as guardas prontas das máquinas nos devidos lugares.  
 Pare a máquina quando tiver que mantê-la ou lubrificá-la.  
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.  
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.  
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ser necessário de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 78.342  
 Série CEC-30 PB

*Assinatura do Portador*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Luiz Claiton Cavalcante Saldino  
 Loc. Nas. Fortaleza Est. CE Data 15/02/84  
 Filiação Francisco Saldino  
 Doc. Nº Rb-3163797-2SP-PB

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs:

Data Emissão 06/12/08 DRT C. Saldino, PB

Assinatura do Funcionário

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome  
 Doc.  
 Nome  
 Doc.  
 Nome  
 Doc.  
 Est. Civil  
 Doc.  
 Est. Civil  
 Doc.  
 Nascimento  
 Doc.

23  
 -14-  
 13  
 199

## INTERNACIONAL

## ALTERAÇÕES GERAIS A CARGO DO TITULAR

06-13-0-31090  
 Nº-138-921-654-5  
 ESP-91

12

04276378/1700170

Emprego: Atendente de Atendimento ao Cliente

CNPJ: 04.276.378/0001-70

Rua: PALMEIRA - CEP 13101-810

Município: CAMPINA GRANDE - SP

Estado: SP

Emp. do estabelecimento: CONTABILIZAD

Cargo: CEO

Data admissão: 01 de Novembro de 2005

Regime: Pl/Ficha

Remuneração especificada: R\$ 395,00 (três mil e noventa e cinco reais)

Marcos Vinícius da Silva  
TÉCNICO EM CONTABILIDADE  
CRC-PA-6948

1ª Data saída: de de

Ass. do empregador ou a cargo chef. 2

Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ:

Rua:

Município:

Estado:

Emp. do estabelecimento:

Cargo:

CBO:

Data admissão: de de

Regime: Pl/Ficha

Remuneração especificada:

Ass. do empregador ou a cargo chef. 2

1ª Data saída: de de

Ass. do empregador ou a cargo chef. 2

Com. Dispensa CD Nº

14

INTERNAÇÕES

|                                         |                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |
| Hospital                                | Registro                           |
| Internado em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> | Alta em <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> |
| Rubrica                                 | Matric.                            |

ANOTAÇÕES GERAIS A CARGO DO INSS

OL: 13.0. 21.040

NB: 138.921.654-5

ESP: 91

PER: 10/01/2006

José Roberto de Lima Lemos  
Técnico Previdenciário  
Mat. 127621







**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT**

1- Emitente ☒ 1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente  
5- Autarquia pública

2- Tipo de CAT ☒ 1- Inicial 2- Reabertura 3- Conclusão de CAT em

**1 - EMISSOR**

Empregador

3- Razão Social / Nome MULT CONHECIMENTO DE GESTIMAS LTDA

4- Tipo ☒ 1- CEG/CHPJ 2- CEI 3- CPF 4- NET 5- CNIE 6- Endereço - Rua/Av. MADEIRA UCHOA

04226346/0005-70 52132/02

Complemento (continuação) PP 635 Bairro PALMEIRA CEP 58100-610 7- Município CAMPINA 8- UF PB 9- Telefone

Acidentado

10- Nome LUIZ CLAIRTON CAVALCANTE GALDINO

11- Nome da mãe ANTONIA GRACINHA CAVALCANTE PEREIRA

12- Data de nascimento 15.02.1986 13- Sexo ☒ 1- Masc. 3- Fem. 14- Estado civil ☒ 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6- Inconhecido 15- CTPS - Nº / série / Data de emissão 28342/00030/06.12.2005 16- UF PB 17- Remuneração Mensal 395,00

18- Carteira de Identidade 3463121 19- Data de emissão 01.10.2003 20- Orgão Expedidor SSP 21- UF PB 22- PIS/PASEP/INSS 128466-2344-0

21- Endereço - Rua/Av. SINHAZINHA DE OLIVEIRA Nº473

Bairro PALMEIRA CEP 58102-305 22- Município CAMPINA GRANDE 23- UF PB 24- Telefone

25- Nome da ocupação 26- CBO 27- Filiação à Previdência Social ☒ 1- Empregado 2- Tra. avulso 3- Seg. especial 4- Médico residente 28- Aposentado? ☒ 1- sim 2- não 29- Anos ☒ 1- Urbana 2- Rural

**Acidente ou Doença**

30- Data do acidente 10.11.2005 31- Hora do acidente 18:00 32- Após quantas horas do trabalho? 8 h 33- Tipo ☒ 1- Típico 2- Doença 3- Trajeto 34- Houve afastamento? ☒ 1- sim 2- não

35- Último dia trabalhado 10.11.2005 36- Local do acidente PE-145 37- Especificação do local do acidente ESTRADA ESTARVAL 38- CEG/CHPJ 04226346/0005-70 39- UF PB

40- Município do local do acidente FAZENDA NOVA - PE 41- Parte(s) do corpo atingida(s) BRACO DIREITO 42- Agente causador COLISAO

43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença NA ESTRADA, O VEICULO COLIDIU COM UMA ARVORE, SENDO VITIMA DAS FERRAGENS 44- Houve registro policial? ☒ 1- sim 2- não 45- Houve morte? ☒ 1- sim 2- não

**Testemunhas**

46- Nome

47- Endereço - Rua/Av.

Probo Câmara Júnior  
TITULAR  
SUBSTITUTO  
Rue Vonandim N.º 122  
Fone: 321-3005  
Campina Grande - PB

CARTÓRIO DO B. OFÍCIO  
Técnicos Registrados  
CAMPINA GRANDE - PB

Regina França Isidro

Serviço Notarial e Registral  
N.º 12.800

12-2005

Formulários Solicitados pela Previdência Social - BENEFÍCIO

Página 2 de 2

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ 48- Município: \_\_\_\_\_ 49- UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

51- Endereço - Rua/Avenida/Alameda: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ 52- Município: \_\_\_\_\_ 53- UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

04226376/0001-70

II - ATESTADO MÉDICO

Deve ser preenchido por profissional médico.

Atendimento: \_\_\_\_\_

54- Unidade de atendimento médico: Hosp. Regional de Agreste

57- Houve internação? 1

58- Duração provável do tratamento: 60 dias

59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1

Lesão: \_\_\_\_\_

60- Descrição e natureza da lesão: Paciente vítima de acidente de trânsito

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

61- Diagnóstico provável: Fratura humeral exposta com deslocamento

63- Observações: Fratura grave com fratura do úmero (5) associada ao

Local e data

Recife, 05.01.06

Assinatura e carimbo do médico com CRM

III - INSS

64- Recebida em: \_\_\_\_\_

65- Código da Unidade: \_\_\_\_\_

66- Número do CAT: 2006.004.901-9

67- Matrícula do servidor: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura do servidor: \_\_\_\_\_

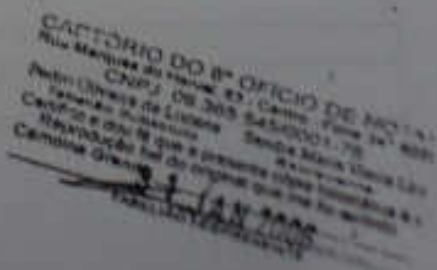
Notas:

1- A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.

2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita, até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Instruções de Preenchimento





PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO -  
CAT

1- Existente ☐ 1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou Dependente  
2- Tipo de CAT ☐ 1- Social 2- Residência 3- Comunicação de Óbito em

Empregador

I - EMISSOR

5- Razão Social / Nome MULTI COMÉRCIO DE ESTIVAS LTDA  
6- Tipo ☐ 1- C/CNPJ 2- C/E 3- C/P 4- RT 5- CNPJ 6- Endereço - Rua/Av.  
104 226 376/0001-70 R. Vereador Manoel Vitorino, 635  
Complemento (continuação) Palmeira CEP 58101-610 7- Município C. G. GRANDE 8- UF PB 9- Telefone 7333-7623

Acidentado

10- Nome Luiz CAIATO CAVALCANTE GRADINO  
11- Nome da mãe ANTONIA GRADINA CAVALCANTE PEREIRA  
12- Data de nasc. 15/02/84 13- Sexo ☐ 1- Masc. 2- Fem.  
14- Estado civil ☐ 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. jud. 5- Outro 6- Ignorado  
15- CTPS - Nº / Série / Data de emissão PE342/00030PB/01/2005 16- UF PB 17- Remuneração Mensal 395,00

18- Carteira de Identidade

3163121 Data de emissão 10/10/03 Órgão Expedidor SSP-PB 19- UF PB 20- PES/PASE/PST 128 4669344-0

21- Endereço - Rua/Av.

Rua SINTAZINHA DE OLIVEIRA, 47  
Bairro Palmeira CEP 58102-308 22- Município C. G. GRANDE 23- UF PB 24- Telefone 3321-3871

25- Nome da ocupação

ATX SERVIÇOS GERAIS 26- CBO 991405 27- Filiação à Previdência Social ☐ 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente  
28- Aposentado ☐ 1- sim 2- não 29- Anos ☐ 1- Urbana 2- Rural

Acidente ou Doença

30- Data do acidente 10-11-05 31- Hora do acidente 18:00 32- Após quantas horas de trabalho? 8 horas 33- tipo ☐ 1- Típico 2- Doença 3- Trajeto  
34- Houve afastamento? ☐ 1- sim 2- não

35- Último dia trabalhado

10-11-05 36- Local do acidente PE-149 37- Especificação do local do acidente ESTADAM ESTADUAL 38- CGC/CNPJ 04 226 376/0001-70 39- UF PB

40- Município do local do acidente

FAZENDA NOVA 41- Parte(s) do corpo atingida(s) BRACO, DÍGITO 42- Agente causador COLISÃO

43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença

NA ESTRADA O VEÍCULO POLSIOU COM UMA ÁRVORE, TENDO VÍTIMAS NAS FEMURAS 44- Houve registro policial? ☐ 1- sim 2- não  
45- Houve morte? ☐ 1- sim 2- não

Testemunhas

46- Nome

47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

-21-

20/04

50- Nome: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ 51- Município: \_\_\_\_\_  
 51- Endereço - Rua/Av/Alameda: \_\_\_\_\_ 52- UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 53- Cidade: \_\_\_\_\_ 54- Estado: \_\_\_\_\_  
 55- Data: \_\_\_\_\_ 56- Hora: \_\_\_\_\_  
 57- Local e data: \_\_\_\_\_  
 58- Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_  
 59- Assinatura e carimbo do médico com CRM: \_\_\_\_\_

## II - ATESTADO MÉDICO

Deve ser preenchido por profissional médico.

## Atendimento

54- Unidade de atendimento médico

Hospital Antonio Targino Ltda

57- Houve

internação?

1-sim 2-não

Lesão

58- Duração provável do tratamento

180 dias

59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?

1-sim 2-não

60- Descrição e natureza da lesão

Vítima de acidente de trânsito

Diagnóstico

61- Diagnóstico provável

Fratura e luxação lateral de mão

62- CID-10

S52.0

63- Observações

64- Recebida em

25/05/2006

65- Código da Unidade

13021040

66- Número do CAT

7000034913/02

67- Matricula do servidor

Matricula

Assinatura do servidor

Assinatura e carimbo do médico com CRM

## III - INSS

Dr. Ricardo Amador Guedes

Ortopedia Traumatologia

CRM 14527 - C.F.F. 443.258-81

Assinatura e carimbo do médico com CRM

Notas:

1- A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Instruções de Preenchimento



# Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2006.024.901-3/02

## Informações do Emitente

|             |               |
|-------------|---------------|
| Evento      | 1 - Emprego   |
| Tipo de CAT | 1 - Resumida  |
| Relatório   | 1 - Empregado |

## Informações do Empregador

|                   |                                |                    |                         |
|-------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| Razão Social/Nome | MULTI COMERCIO DE ESTIVAS LTDA | Data Emissão       | 24/07/2006              |
| Tipo/Num. Doc.    | 1 - COTA 201047753 0001-10     | Comunicação Global |                         |
| CNPJ              | 08102270                       | E-mail             |                         |
| Bairro            | PALMEIRA                       | CNAE               | 3112                    |
| Município         | CAMPINA GRANDE                 | Endereço           | RUA MANOEL DE SOUZA 815 |
|                   |                                | Cidade             | PB                      |
|                   |                                | Telefone           | 0800 000000             |

## Informações do Acidentado

|                    |                                                   |                 |                                                 |
|--------------------|---------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|
| Nome               | LUIS CLAYTON CAVALCANTE GALDINO                   | Data Nascimento | 13/02/1984                                      |
| Nome da Mãe        | ANTONIA CIRACINHA L. PEREIRA                      | Sexo            | Masculino                                       |
| Gravidade da Lesão | 2 - Acidente de trabalho fundamental/incompleto   |                 |                                                 |
| Estado Civil       | Solteiro                                          |                 |                                                 |
| CTPS               | 078342 Série: 00030 Dt emissão: 08/12/2003 UF: PB | Remuneração     | 103,00                                          |
| PIS/PASEP/NIT      | 728402384-0                                       | Identidade      | 1163131 Dt emissão: 03/10/2003 Org Exp: 0411/PB |
| Bairro             | PALMEIRA                                          | Endereço        | RUA SINDIAZINHA DE OLIVEIRA 815                 |
| Cidade             | PB                                                | CEP             | 58102105                                        |
| Telefone           |                                                   | Município       | CAMPINA GRANDE                                  |
|                    |                                                   | CBO             | 52110 - VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA          |
|                    |                                                   | Área            | Urbana                                          |
| Aposentado         | Não                                               |                 |                                                 |

## Informações do Acidente

|                       |                                                            |                             |                  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Data do Acidente      | 10/11/2005                                                 | Hora do Acidente            | 19:00            |
| Local Trabalho        | 00-70                                                      | Tipo                        | 1 - Trabalho     |
| Houve atendimento?    | Sim                                                        | Reg. Policial               | Sim              |
| Local do Acidente     | 3 - Área Pública                                           | Exp. Local                  | ESTRADA ESTADUAL |
| CVC da Prestadora     | CNPJ -                                                     | UF do Acidente              | PB               |
| Município do Acidente | TORITAMA                                                   | Última data Trabalhador/Obr | 24/07/2006       |
| Parte do Corpo        | 25.35.10.000 - BRACO (ENTRE O PUNHO A O OMBRO)             | Obito                       |                  |
| Agente Causador       | 30.20.10.200 - RUA E ESTRADA - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA S |                             |                  |
| Sit. Gerador          | 20.00.04.300 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO PA          |                             |                  |
| Morte                 | Não                                                        | Data Óbito                  |                  |

## Informações do Atestado Médico

|                                                      |                                                   |                   |                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Unidade                                              | HOSP ANTONIO TARGINO                              | Data Atend.       | 24/07/2006          |
| Hora Atend.                                          | 09:00                                             | Houve Internação? | Não                 |
| Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento? | Não                                               |                   |                     |
| Nat. Lesão                                           | 70.20.35.000 - FRATURA                            |                   |                     |
| CID - 10                                             | S52.0 - Fratura da extremidade superior do cubito |                   |                     |
| Observações                                          |                                                   | CRM               | 0000004527 - UF: PB |

Cadastrada em 25/07/2006 às 09:08:20

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOCIAL - MPB  
INSS/Instituto Nacional do Seguro Social

A.T. : 2006.024.901-1/01

Emissão em: 18/07/2006

Orgão Local: 13021040

INFORMACOES DO EMPREGADOR

RAZAO SOCIAL: SIA MANOEL DE CARVALHO S/A  
CNPJ: 04.228.178/0001-90  
RUA: RUA MANOEL DE CARVALHO S/A  
Cidade: PALMEIRA  
UF: PR  
CEP: 81130-000

INFORMACOES DO ACIDENTADO

RAZAO SOCIAL: SIA MANOEL DE CARVALHO S/A  
CNPJ: 04.228.178/0001-90  
RUA: RUA MANOEL DE CARVALHO S/A  
Cidade: PALMEIRA  
UF: PR  
CEP: 81130-000

DATA NASC: 18/02/1984  
SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
DATA ACIDENTE: 18/07/2006  
TIPO ACIDENTE: 15  
AFASTAMENTO: 18/07/2006  
DATA UNIO: 18/07/2006  
UNIO NO ACIDENTE: NAO

RAZAO SOCIAL: SIA MANOEL DE CARVALHO S/A  
CNPJ: 04.228.178/0001-90  
RUA: RUA MANOEL DE CARVALHO S/A  
Cidade: PALMEIRA  
UF: PR  
CEP: 81130-000

RAZAO SOCIAL: SIA MANOEL DE CARVALHO S/A  
CNPJ: 04.228.178/0001-90  
RUA: RUA MANOEL DE CARVALHO S/A  
Cidade: PALMEIRA  
UF: PR  
CEP: 81130-000

INFORMACOES DO ACIDENTE

ACIDENTE: 1/2006  
HORA ACIDENTE: 18:00:00  
HORAS TRABALHADAS: 08:00:00  
TIPO ACIDENTE: 15  
AFASTAMENTO: 18/07/2006  
DATA UNIO: 18/07/2006  
UNIO NO ACIDENTE: NAO

ACIDENTE: 1/2006  
HORA ACIDENTE: 18:00:00  
HORAS TRABALHADAS: 08:00:00  
TIPO ACIDENTE: 15  
AFASTAMENTO: 18/07/2006  
DATA UNIO: 18/07/2006  
UNIO NO ACIDENTE: NAO

ACIDENTE: 1/2006  
HORA ACIDENTE: 18:00:00  
HORAS TRABALHADAS: 08:00:00  
TIPO ACIDENTE: 15  
AFASTAMENTO: 18/07/2006  
DATA UNIO: 18/07/2006  
UNIO NO ACIDENTE: NAO

ACIDENTE: 1/2006  
HORA ACIDENTE: 18:00:00  
HORAS TRABALHADAS: 08:00:00  
TIPO ACIDENTE: 15  
AFASTAMENTO: 18/07/2006  
DATA UNIO: 18/07/2006  
UNIO NO ACIDENTE: NAO

INFORMACOES DO ATESTADO MEDICO

DATA ATEND: 18/07/06  
HORA ATEND: 18:00:00  
INTERACAO: 1  
DURACAO TRATAMENTO: 60 DIAS

DATA ATEND: 18/07/06  
HORA ATEND: 18:00:00  
INTERACAO: 1  
DURACAO TRATAMENTO: 60 DIAS

INFORMACOES DO REGISTRO DE OBITO

DATA OBITO: 18/07/06  
REGISTRO OBITO: CARTORIO  
LIVRO: 100000  
FOLHA: 100000  
TERMO: 100000

INFORMACOES DO REGISTRO POLICIAL

OCORRENCIA: MUNICIPIO  
DELEGACIA: 1  
No. BOLETIM: 100000  
BOLETIM POLICIAL: 100000

INFORMACOES DO INSS

DATA INSS: 18/07/06  
MATERICULA SERVIDOR: 1000000

COMUNICACAO DO ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

COMUNICACAO DO ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

COMUNICACAO DO ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.



# COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO

SEGURO: Luiz Clanton Cavalcante Zaldino DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 140393310-8  
PROFISSÃO: ENFERMEIRO LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

O RESULTADO DA PERÍCIA MÉDICA A QUE O SEGURADO ACIMA SE SUBMETEU, NESTA DATA, PARA FINS DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE, ESTÁ INDICADO NA CONCLUSÃO ABAIXO:

☒ CONCLUSÃO TIPO 1  
NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

☒ CONCLUSÃO TIPO 2  
EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ATÉ: 1/1

OBSERVAÇÃO: A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE COMO CERTIFICADO DE CAPACIDADE \* PREVISTO NA LETRA A DO § 1º DO ART. 29 DA LEI 3.807, DE 2006/90.

OBSERVAÇÃO: A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE TAMBÉM DEPOIS DA DATA INDICADA ACIMA, COMO O CERTIFICADO DE CAPACIDADE \* PREVISTO NA LETRA A DO § 1º DO ART. 29 DA LEI 3.807, DE 2006/90.

☒ CONCLUSÃO TIPO 3  
NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR MOTIVO DE MOLESTIA O CASO SE ENQUADRA NO ART. 393 DA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO.

☒ CONCLUSÃO TIPO 4  
EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, A DATA DA REALIZAÇÃO DO PRÓXIMO EXAME SERÁ COMUNICADA AO SEGURADO POR OCASIÃO DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO.

QUANDO A CONCLUSÃO É A DO TIPO 2 OU A DO TIPO 4, A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE TAMBÉM PARA OS EFEITOS DO ART. 29 DA LEI 3.807, DE 2006/90 (PAGAMENTO DOS PRIMEIROS 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO).

Luiz Clanton Cavalcante Zaldino  
ASSINATURA DO SEGURADO

Gilberto Cavalcante Leal  
MÉDICO  
C.R.C. 137 - 1321 052854

ILIXTO, 418 - CATOLÉ  
ENDEREÇO DO ÓRGÃO LOCAL

MÉDICO - PERITO

## RECURSO À JR-CRPS

- Da cessação do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, comunicada de acordo com a conclusão "tipo 2", poderá o segurado recorrer para a JR-CRPS, no prazo de 15 dias, e contar:
    - da data do término desta comunicação ou da data da cessação do benefício se esta comunicação lhe tiver sido entregue antes da cessação;
    - da data do término das mensalidades de recuperação, se for o caso, e se o segurado não tiver feito o recurso de acordo com a letra "a";
  - Nas cessações de aposentadoria por invalidez com direito a mensalidades de recuperação integrais e reduzidas, será aberto o prazo de 15 dias para recurso à JR-CRPS, normalmente, nas hipóteses citadas nas letras "a" e "b" acima.
- NOTA - O recurso à JR-CRPS deverá dar entrada no setor de benefício mais próximo da residência do beneficiário. Convém ressaltar que a eventual demora do despacho não implicará em qualquer ônus para o Instituto, cabendo ao interessado a responsabilidade pelos prejuízos que possa ter.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. A GENTE ESTÁ ONDE O BRASIL MAIS PRECISA



Carta de Concessão / Memória de Cálculo

Data: 06/11/2006

24  
PR

|                                         |                             |                            |                                              |
|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>LUIZ CLAIRTON C GALDINO | <b>NIT:</b><br>1644394388-1 | <b>APS:</b><br>13.0.21.040 | <b>Número do Benefício:</b><br>141.384.506-9 |
|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXÍLIO ACIDENTE (94)** número **141.384.506-9** requerido em **04/10/2006** com valor mensal de **R\$ 175,01** calculado conforme tabela, com início de vigência a partir de **04/10/2006**.  
Os pagamentos serão efetuados no **3º** dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo, e os dados cadastrais abaixo. Em caso de erro compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

CPF: **071.192.074/58** Identidade: **3163121 - SSP / PB** CTPS: **0078342 - 00030 / PB**  
Nome da Mãe: **ANTONIA GRACINHA C PEREIRA** Nascimento: **15/02/1984**  
Órgão Pagador / Agência Bancária: **502.203 / BRADESCO - BORBOREMA URB.CAMPINA G**  
Endereço: **RUA GILO GUEDES, 268 SANTO ANTONIO**