



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

## TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA Nº. 104/2009

**O MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO DA SEGUNDA REGIÃO**, CGC 60.701.190/001-04, com sede na Rua Afonso de Freitas, nº 242, Paraíso, São Paulo/SP, CEP: 04006-051, neste ato representado pela Procuradora do Trabalho Dra. DENISE LAPOLLA DE PAULA AGUIAR ANDRADE e **TAM LINHAS AÉREAS S/A**, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.012.862/0001-60, estabelecida na Av. Jurandir, nº 856 – Hangar VII - Jardim Ceci - São Paulo – SP – Brasil – CEP: 04.072-000, neste ato representada pelo Sr. Antonio Carlos Pavanelli, CPF/MF 041923128-59 e assistida pela Dra. Alexandra Araújo Lobo de Marigny Monteiro, firmam, com base no art. 5º, § 6º, da Lei 7.347/85, o presente Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta, na forma seguinte :

I – O presente compromisso substitui integralmente e para todos os efeitos legais, o TAC 281/2001, firmado nos autos do PP 630/2000, no que respeita às obrigações e multas ali previstas.

II – A celebração deste compromisso e a substituição das cláusulas conta com anuência do **SINDICATO NACIONAL DOS AERONAUTAS**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 33.452.400/0001-97, com sede na Av. Franklin Roosevelt,



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

194, Gr.802 a 805, Castelo, Rio de Janeiro, RJ, neste ato representado por sua Presidente Sra. GRAZIELLA BAGGIO, CPF/MF 791.772.638-04, e pelo SR. CARLOS GILBERTO SALVADOR CAMACHO, RG nº 5.635.299-2, assistidos pelo Dr. Luiz Fernando Aragão OAB/RJ 44.4666.

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – A **TAM** realizará o reembolso, em numa única parcela, dos valores despendidos por seus aeronautas relativos ao pagamento da taxa de revalidação do Certificado de Capacidade Física (CCF), no período compreendido entre 01.01.2004 até 31.12.2008, bem como que passará a reembolsar os aeronautas dessa despesa a partir de 01.01.2009, de modo a atender à obrigação assumida no item “c” do Termo de Ajustamento de Conduta firmado por esta com a Procuradoria Regional do Trabalho da 2ª Região, no Procedimento Preparatório 630/2000, em 12.12.2001.

**Parágrafo único:** O reembolso do Certificado de Capacidade Física - CCF será feito levando-se em conta as seguintes premissas:

a-) O Sindicato (**SNA**) divulgará, depois de assinado este instrumento, nos meios de publicidade que reputar adequados, bem como auxiliará a **TAM** na localização dos aeronautas inativos que façam jus ao reembolso do CCF;

b-) Reembolso do CCF referente ao período de 01.01.2004 à 31.12.2008: O aeronauta (ativo ou demitido) terá de solicitar à **TAM** o reembolso (mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do CCF



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

ou através de declaração de que não possui mais os comprovantes) dos valores por ele despendidos com o pagamento da revalidação do CCF no período de 01.01.2004 a 31.12.2008, sendo que, em ambos os casos, a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 05 (cinco) anos, contados a partir da assinatura deste, sob pena de preclusão do seu direito de fazê-lo;

b.1) Reembolso do CCF referente ao período de 01.01.2009 até a data de assinatura do novo TAC: O aeronauta (ativo ou demitido) terá de solicitar à **TAM** o reembolso (mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do CCF ou através de declaração de que não possui mais os comprovantes) dos valores por ele despendidos com o pagamento da revalidação do CCF neste período, sendo que, em ambos os casos, a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir desta assinatura, sob pena de preclusão do seu direito de fazê-lo;

b.2) Reembolso do CCF a partir da data de assinatura deste TAC: O aeronauta terá de solicitar à **TAM** o reembolso mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do seu CCF, sendo que a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do pagamento da referida taxa feita pelo aeronauta, conforme comprovante de pagamento a ser apresentado, sob pena de preclusão do seu direito de fazê-lo;

c-) A **TAM** efetuará o reembolso da taxa de revalidação com o CCF através de depósito bancário na conta do aeronauta beneficiário, no prazo de até 05 (cinco)



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

dias úteis, contados a partir do protocolo de recebimento do pedido de reembolso.

d-) O valor do reembolso da taxa de revalidação do Certificado de Capacidade Física - CCF será apurado com base no valor atual dos exames, qual seja, R\$163,50 (cento e sessenta e três reais e cinquenta centavos), bem como será observada a idade do aeronauta na época em que ele realizou o exame de revalidação do CCF, a fim de verificar a quantos exames este se submeteu no período. Posteriormente à assinatura deste, se houver alguma alteração no valor, o reembolso será feito de acordo com o valor determinado pela ANAC ou órgão que venha a disciplinar o valor da taxa de revalidação do CCF.

e) Se e quando solicitada, a comprovação pela **TAM** dos reembolsos não será feita mediante apresentação individualizada dos depósitos, mas sim através de uma lista contendo os detalhes sobre cada depósito.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – A forma e os procedimentos a serem adotados pelo aeronauta que for ou vier a solicitar o reembolso do CCF estão previstas em regulamento disciplinador para o reembolso do CCF, o qual foi elaborado pela **TAM** com a revisão do **SNA – Sindicato dos Aeronautas** (documento ao final deste).

Parágrafo único: As dúvidas inerentes ao reembolso do CCF deverão ser dirimidas na forma estabelecida no regulamento mencionado no *caput* da presente cláusula.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

**CLÁUSULA TERCEIRA** – Em razão da substituição do TAC 281/01 por este, a **TAM** se obriga ao pagamento da quantia de R\$ 2.072.000,00 (dois milhões e setenta e dois mil reais), que será convertida em obrigação de fazer, doar ou pagar, conforme deliberação do *Parquet*, que indicará em sete dias, a contar desta assinatura, a forma de cumprimento. Em trinta dias, após o recebimento da indicação, a TAM deverá comprovar as ações, doações, ou pagamentos determinados, sob pena de multa equivalente ao valor que deixar de ser doado ou pago, a ser depositada na conta do FAT (FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR).

**CLÁUSULA QUARTA** - O número de folgas concedidas pela **TAM** por mês aos seus aeronautas não será inferior a 08 (oito) períodos de 24 (vinte e quatro) horas, conforme artigo 38 e seus parágrafos da lei 7.183/84 e constarão de suas escalas;

**CLÁUSULA QUINTA** - A **TAM** se obriga a considerar, como tempo de duração do trabalho do aeronauta, o tempo de deslocamento deste como tripulante extra, nos termos dos artigos 5º e 23, *caput*, ambos da lei 7.183/84;

**CLÁUSULA SEXTA** – A **TAM** se obriga a comunicar com antecedência as alterações das escalas publicadas;

**CLÁUSULA SÉTIMA** - O descumprimento de quaisquer das obrigações acima assumidas implicará a cobrança de multa de R\$ 1.000.00 (hum mil reais) por



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051**

---

empregado encontrado em situação irregular, reversíveis ao FAT ou Fundo equivalente.

E, por estarem assim justas e acordadas firmam as partes o presente acordo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que produza seus legais e jurídicos efeitos.

São Paulo, 19 de maio de 2009.

**DENISE LAPOLLA DE PAULA AGUIAR ANDRADE**

Procuradora do Trabalho

**TAM LINHAS AÉREAS S.A**

**ANTONIO CARLOS PAVANELLI**

RG 15.104.865-4 SSP/SP

**ALEXANDRA ARAUJO LOBO DE MARIGNY MONTEIRO**

OAB/SP 198.022

**SINDICATO NACIONAL DOS AERONAUTAS**

**GRAZIELLA BAGGIO**

RG 6.097.194 SSP/SP

**CARLOS GILBERTO SALVADOR CAMACHO**

RG 5.635.299-2

**LUIZ FERNANDO BASTO ARAGÃO**

OAB/RJ 44.466



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

## **Regras para o Reembolso do Certificado de Capacidade Física – CCF dos aeronautas da TAM Linhas Aéreas S/A**

A **TAM** realizará o reembolso, numa única parcela, dos valores despendidos por seus aeronautas relativos ao pagamento da taxa de revalidação do Certificado de Capacidade Física (CCF), no período compreendido entre 01.01.2004 até 31.12.2008, bem como passará a reembolsar os aeronautas dessa despesa a partir de 01/01/2009. Para tanto, deverão ser observados os seguintes procedimentos e prazos:

### **01) Reembolso CCF referente ao período 01.01.2004 à 31.12.2008:**

O aeronauta (ativo ou demitido) terá de solicitar para a **TAM** o reembolso, mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do CCF ou através de declaração de que não possui mais os referidos comprovantes, dos valores por ele pagos com a taxa de revalidação do CCF no período de 01.01.2004 à 31.12.2008, sendo que, em ambos os casos, a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 05 (cinco) anos, contados a partir de 19 de maio de 2009, sob pena de perda do seu direito de fazê-lo;

### **02) Reembolso CCF referente ao período de 01/01/2009 até a data de 19 de maio de 2009:**

O aeronauta (ativo ou demitido) terá de solicitar para a **TAM** o reembolso, mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do CCF ou através de declaração de que não possui mais os referidos comprovantes, dos valores



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

por ele pagos com a taxa de revalidação do CCF neste período, sendo que, em ambos os casos, a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados de 19 de maio de 2009, sob pena de perda do seu direito de fazê-lo;

**03) Reembolso CCF a partir da data de 19 de maio de 2009:**

O aeronauta poderá solicitar para a **TAM** o reembolso mediante apresentação dos comprovantes de pagamento da taxa de revalidação do seu CCF, sendo que a solicitação terá de ser feita à **TAM** no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do pagamento da referida taxa feita pelo aeronauta, conforme comprovante de pagamento apresentado, sob pena de perda do seu direito de fazê-lo;

**04) FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO**

As solicitações de reembolso deverão de ser feitas através de formulário específico, conforme anexos, devidamente acompanhadas dos comprovantes de pagamento da taxa ou declaração, conforme mencionado nos itens anteriores. Tais formulários deverão ser impressos em 02 (duas) vias, sendo que a primeira via, juntamente com os originais dos comprovantes, será entregue para a empresa e a segunda via servirá de protocolo para o aeronauta.

**05) PRAZO PARA REEMBOLSO:**

A **TAM** efetuará o reembolso da taxa de revalidação com o CCF através de depósito bancário na conta salário do aeronauta (se empregado ativo) ou em conta indicada no



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

formulário de solicitação (se ex empregado) da empresa, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas úteis, contadas do dia seguinte ao protocolo de recebimento do pedido de reembolso.

Importante ressaltar que o prazo mencionado no item anterior somente se iniciará estando o formulário de solicitação corretamente preenchido e acompanhado dos documentos necessários. Assim, caso haja alguma informação em desconformidade com os arquivos da empresa, a contagem do prazo somente será iniciada após a confirmação da informação.

Da mesma forma, caso os dados bancários indicados pelo aeronauta estejam errados ou incompletos, de maneira a impedir o depósito, o referido prazo somente será iniciado a partir da correção das informações bancárias, situação essa que não caracterizará mora por parte da **TAM**.

**06) DO VALOR DO REEMBOLSO:**

O valor do reembolso da taxa de revalidação do Certificado de Capacidade Física - CCF será apurado com base no valor atual dos exames, qual seja, R\$163,50 (cento e sessenta e três reais e cinquenta centavos), bem como será observada a idade do aeronauta na época em que ele realizou o exame de revalidação do CCF, a fim de verificar a quantos exames este se submeteu no período. Caso haja alguma alteração neste valor determinado pela ANAC (Agencia Nacional de Aviação Civil), o reembolso será feito de acordo com o valor determinado por este órgão para a taxa de revalidação do CCF.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

---

### **07) DA COMPROVAÇÃO DE DEPÓSITO BANCÁRIO:**

Caso o aeronauta, decorrido o prazo mencionado no item 05, não consiga identificar o depósito do valor referente ao reembolso em sua conta corrente, poderá solicitar a comprovação do depósito pela **TAM**, o que será feito mediante apresentação de uma lista contendo os detalhes sobre cada depósito.

### **08) DO LOCAL PARA PROTOCOLO**

Os formulários para solicitação do reembolso poderão ser protocolados:

**Para o período de 2004 a 2008:** Na Academia de Serviços da **TAM**, no piso térreo, no setor de expedição dos crachás.

**Para 2009 em diante:** nos próprios D.Os

### **09) DAS SITUAÇÕES NÃO PREVISTAS NESTE REGULAMENTO:**

Para as hipóteses não previstas neste regulamento, não haverá critério de excepcionalidade.

**Solicitação de Reembolso do Certificado de Capacidade Física – CCF  
para Tripulantes e Ex-tripulantes da TAM no período de 2004/2008**

**Nome** (conforme RG): \_\_\_\_\_

**Nome na TAM:** \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

Função: _____	Chapa no.: _____	
Data de Admissão: _____	Data de Demissão: _____	
Banco: _____	Agência: _____	Conta Corrente: _____
CPF no. _____	Data de Aniversário: _____	

Venho por meio deste, solicitar o reembolso da taxa de revalidação do meu Certificado de Capacidade Física – CCF, referente ao período abaixo especificado, anexando ao presente formulário, os originais dos comprovantes de pagamento da referida taxa. Na impossibilidade de apresentação dos referidos comprovantes, declaro que realizei o pagamento da taxa de revalidação, não tendo solicitado reembolso por plano/seguro de saúde ou de restituição, via declaração de imposto de renda, da referida taxa.

CCF ( ) 2004 Valor: ( ) R\$ 163,50 ou ( ) R\$ 327,00  
CCF ( ) 2005 Valor: ( ) R\$ 163,50 ou ( ) R\$ 327,00  
CCF ( ) 2006 Valor: ( ) R\$ 163,50 ou ( ) R\$ 327,00  
CCF ( ) 2007 Valor: ( ) R\$ 163,50 ou ( ) R\$ 327,00  
CCF ( ) 2008 Valor: ( ) R\$ 163,50 ou ( ) R\$ 327,00

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Para uso da TAM:
Este documento foi recebido por:
Nome: _____ Chapa: _____ Ass. _____



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_.

**Solicitação de Reembolso do Certificado de Capacidade Física – CCF  
para Tripulantes e Ex-tripulantes da TAM de 01/01/2009 até 19 de maio de 2009**

Nome (conforme RG): \_\_\_\_\_  
Nome na TAM: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Chapa no.: \_\_\_\_\_  
Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Data de Demissão: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_  
CPF no. \_\_\_\_\_ Data de Aniversário: \_\_\_\_\_

Venho por meio deste, solicitar o reembolso da taxa de revalidação do meu Certificado de Capacidade Física – CCF, referente ao período abaixo especificado, anexando ao presente formulário, os originais dos comprovantes de pagamento da referida taxa. Na impossibilidade de apresentação dos referidos comprovantes, de acordo com o período mencionado nos item 2 das Regras para Reembolso do CCF, declaro que realizei o pagamento da taxa de revalidação e que não solicitei (ou solicitarei) a restituição desse pagamento à Receita Federal em minha declaração de imposto de renda.

CCF ( ) 2009 pago em \_\_\_\_\_ Valor: ( ) R\$ 163,50

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051**

---

Para uso da TAM:

Este documento foi recebido por:

Nome: \_\_\_\_\_ Chapa: \_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_.

**Solicitação de Reembolso do Certificado de Capacidade Física – CCF  
para Tripulantes e Ex-tripulantes da TAM a partir de 19 de maio de 2009**

Nome (conforme RG): \_\_\_\_\_

Nome na TAM: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Chapa no.: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Data de Demissão: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

CPF no. \_\_\_\_\_ Data de Aniversário: \_\_\_\_\_

Venho por meio deste, solicitar o reembolso da taxa de revalidação do meu Certificado de Capacidade Física – CCF, referente ao período abaixo especificado, anexando ao presente formulário, os originais dos comprovantes de pagamento da referida taxa.

CCF ( ) 2009 pago em \_\_\_\_\_ Valor: ( ) R\$ 163,50



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO  
COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS  
Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051**

---

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Para uso da TAM:

Este documento foi recebido por:

Nome: \_\_\_\_\_ Chapa: \_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_.



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**  
**PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO - 2ª REGIÃO**  
**COORDENADORIA DA DEFESA DOS INTERESSES DIFUSOS E COLETIVOS**  
**Rua Afonso de Freitas, nº 242 – 1º andar – Paraíso – Capital – SP - CEP 04006-051**

---