



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Cruzeiro do Sul
Processo:	07014506320198010002
Classe do Processo:	Petição
Data/Hora:	12/02/2020 07:35:39

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2630393_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_01 - 1-2.pdf
Anexo - Petição:	2630393_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_An exo_02 - 1-8.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRUZEIRO DO SUL/AC

Processo: 07014506320198010002

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

NO LAUDO PERICIAL MÉDICO FOI APURADA A PRESENÇA DE LESÃO NO BAÇO, TODAVIA, CONFORME OBSERVADO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NOS AUTOS, A PARTE AUTORA NÃO COMPROVA QUALQUER LESÃO NESTE SEGMENTO.

Ademais, a parte autora não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de comprovar a aduzida invalidez permanente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente

demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Outrossim, em que pese o alegado acima, caso não seja este o entendimento do Douto Juízo, havendo condenação à ré, requer a aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CRUZEIRO DO SUL, 10 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

Cruzeiro do Sul Acre, 13 de novembro de 2018

A
Seguradora Lider

Senhor Analista,

Eu, **Thalita Saiure Castro da Silva C.P.F.: 028.586.882-90**, venho por meio desta, solicitar o imediato **CANCELAMENTO** do meu sinistro junto a LÍDER

Data Acid: 19/07/2018
Sinistro: 3180444485

Contato: 68 99982-6189

Sem mais para o momento, agradecemos vossa compreensão.

Thalita Saiure Castro da Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350078/18

Vítima: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

CPF: 028.586.882-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA : 028.586.882-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA
CPF: 028.586.882-90

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350078/18

Número do Sinistro: 3180444485

Vítima: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

CPF: 028.586.882-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA
CPF: 028.586.882-90

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180444485**

Vitima: **THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA**

Data do Acidente: **19/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444485**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13399831



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Thalita Siqueira Castro da Silva

CPS da Vítima

028.586.882-90

Data do Acidente

19.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CES - Nr. 13 de Setembro de 2018

Local e Data

X Thalita Siqueira Castro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thalita Saineiro Castro da Silva

RG nº 11887710, data de expedição 14/11/17, Órgão SSP/AC

CPF nº 028.586.582-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Remauro</u>	24 SET 2018 PREV. 35 JUL 2018 COMPRESSÃO DE RESIDÊNCIA SA
Número	<u>625</u>	
Apto / Complemento	<u>casa</u>	
Bairro	<u>Remauro</u>	
Cidade	<u>Cruzeiro do Sul</u>	
Estado	<u>AC</u>	
CEP	<u>69.980-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(68) 99982-6189</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cruzeiro do Sul - AC, 13.09.2018

Assinatura do Declarante: x Thalita Saineiro Castro da Silva

Companhia de Distribuição de Energia Elétrica do Acre S.A.
Rua Vitorino Magalhães 1226 - Banguê - Rio Branco - AC
CEP: 69.000-000 Fone: (68) 3224.1111 Fax: (68) 3224.1112
Site: www.eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal 001999212

Atenção: Este boleto é emitido em nome do consumidor e não da Eletrobras.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	16/08/2018	146	82,41

TELMA SANTOS DE CASTRO
R. DO REMANSO 625 REMANSO
CPF: 00036058653215
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL

ROT: 9.040.09.03.002950

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DATA DE CANCELAMENTO
Consumo	17626	09/08/2018
Consumo	17480	09/07/2018
Consumo (Módulo)	1,000	08/09/2018
Consumo (Módulo)	146	08/08/2018
Consumo (Módulo)	146	09/08/2018

Tipo de Tarifa NORMAL

Classe de Prestação de Serviço

Data de Vencimento

31

CLASSIFICAÇÃO	TIPO	VALOR	CLASSE	DATA DE VENCIMENTO
RESID. B.X. RENDA	MONO	7157367	1.4.1.1	150

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR
JUL/18	165	CONSUMO	30 A R\$ 0,231331 = 6,93
JUN/18	144		70 A R\$ 0,396569 = 27,75
MAT/18	141		46 A R\$ 0,594847 = 27,36
ABR/18	138	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,86
MAR/18	147	DIFERENCA DE TARIFA	38,89
FEV/18	130	SUBVENCAO BAIXA RENDA	28,70
JAN/18	113	CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00	1,05
DEZ/17	156	MULTA POR ATRASO 06/18-00	1,42
NOV/17	151	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	0,85
OUT/17	154		
TARIFA BOM TRIBUTOS			
0 A 30	0,17626		
31 A 60	0,35252		
61 A 90	0,52878		
91 A 120	0,70504		
121 A 150	0,88130		
151 A 180	1,05756		
181 A 210	1,23382		
211 A 240	1,41008		
241 A 270	1,58634		
271 A 300	1,76260		

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO ACRE S.A.
24 SET 2018
PRIMEIRO LO
RUA VITORINO MAGALHÃES 1226

MENSAGENS IMPORTANTES - PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14/08/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVAÇÃO AO FIM A960.7990.063A.3308.A19C.953C.1405.4336

COMPONENTES DA CATEGORIA - R\$	IMPACTOS FINANCEIROS - R\$
Consumo	33,52
Consumo	26,73
Consumo	0,89
Consumo	13,32
Consumo	26,47
	100,93
	25,00%
	25,23
	0,22
	1,02

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR
Consumo	12,71	Consumo	25,43
Consumo	0,85	Consumo	50,86
		Consumo	7,27
		Consumo	14,54
		Consumo	29,08
		Consumo	6,48
		Consumo	0,58

CRUZEIRO DO SUL

06/2018

27,41

ROT: 9.040.09.03.002950

Eletrobras
Distribuição Acre

0106476-2

82,41

08/2018

16/08/2018

001999212

FCAM

83640000000 3 82410045000 9 00000000106 5 47620818008 5





Contato para perícia médica
(68) 99982-6189

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

ACRE

Nome: THALITA SAUANE CASTRO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (ONG, EMISSOR / UF): 11887710 SSP AC

CPF: 028.586.882-90 **DATA NASCIMENTO:** 15/03/1996

FILIAÇÃO: FRANCISCO JOSINEI DO CARMO DA SILVA
TELMA SANTOS DE CASTRO

PERMISSÃO: ☒ **ACC:** ☒ **CAT. HAB:** A

Nº REGISTRO: 06734605922 **VALIDADE:** 11/02/2020 **1ª HABILITAÇÃO:** 04/11/2016

OBSERVAÇÕES:

Thalita Sauane Castro da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RIO BRANCO, AC **DATA EMISSÃO:** 14/11/2017

Elis borges
ASSINATURA DO EMISSOR

53907861309
AC407844366

ACRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483694109

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483694109