



**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:	18/05/2021 21:43:25

**Partes**

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

**Documentos**

Petição:	2630393_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_03 - 1- 3.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 n.º 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, o mesmo foi cancelado a pedido da própria autora, quando sinalizada pendência documental necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar à seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor solicitado o cancelamento do processo administrativo, deixa de apresentar justa causa para o regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

No caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

É sabido que a existência do litígio, obviamente está intimamente ligada à pretensão resistida, que determina o surgimento do conflito, que é uma das condições da ação.

**Desta forma, independente da conclusão do expert impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, haja vista a falta de interesse de agir.**

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

### **DAS DIVERGÊNCIAS NOS LAUDOS PERICIAS**

O laudo pericial elaborado pelo IML em 06/01/2020, assinado pelo Dr. Dr. Fábio Loureiro Pimentel, informa a INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA PELA PERDA DE BAÇO NO PERCENTUAL DE 10% - RESIDUAL.

b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1ª LESÃO:  
R: Perda de Baço.

☒ 10% Residual      ☐ 25% Leve      ☐ 50% Média      ☐ 75% Intensa.

Contudo o laudo da perícia médica elaborado pelo mesmo médico perito em 15/04/2021, realizado no Hospital Regional do Juruá, indica apenas retirado do baço.

Requerente: Thalita Saliure Castro da Silva  
Autos nº: 0701450-63.2019.8.01.0002

Paciente vítima de acidente de trânsito com laparotomia e esplenectomia (Retirada de Baço), acidente em 20/07/2018.

Percebe-se na perícia ora impugnada, que o profissional divergiu no que diz respeito à gradação da lesão indenizável, devendo tal situação ser devidamente considerada por esse d. Juízo.

Na hipótese, **não há uma uniformização de entendimento quanto à devida gradação de perda da lesão sofrida pelo autor de acordo com a tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatómica ou funcional.**

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Destaca-se, ainda, que não se apresenta plausível a conclusão do último laudo emitido pelo Dr. Fábio Loureiro Pimentel, mormente, por todos os avanços na área da medicina, que oportunizam possível melhora, atenuação, de eventual quadro clínico da parte autora, não se justificando assim, a ideia de uma permanente invalidez em patamar integral para lesões não estruturais e que não comprometem o labor e a vida social da vítima.

Pelo exposto, a parte ré impugna expressamente o laudo pericial produzido, tendo em vista a divergência apontada, razão pela qual requer a intimação do ilustre perito para o devido esclarecimento acerca do percentual de invalidez que o autor possui.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CRUZEIRO DO SUL, 7 de maio de 2021.

**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

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Titular do CPF:** THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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](http://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 Sainete 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 Remanso</u>	
Número	<u>625</u>	
Apto / Complemento	<u>casa</u>	
Bairro	<u>Remanso</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 Sainete Castro da Silva

Companhia de Distribuição de Energia Elétrica do Acre S.A.  
Rua Vinte e Nove de Abril, 1225 - Bairro - Rio Branco - AC  
CEP: 69.000-000 Fone: (067) 324.1000 Fax: (067) 324.1001  
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal 001999212

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

CONTEÚDO	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 DA CATEGORIA
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 Responsabilidade

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  
24 SET 2018  
PRIMEIRO LOCO  
BOLÉO DE PAGAMENTO

MESSAGENS IMPORTANTES - PLANO 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 A960.7990.863A.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	VALOR	DESCRIÇÃO	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

**AC**

**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 JOSIMEI 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

*Edson Lourenço*  
ASSINATURA DO EMISSOR

53907861309  
AC407844366

**ACRE**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1483694109

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1483694109