

20
37

362585 218 362585/0

JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
Henrique A. F. Motta
Fabio João Soito
Pedro H. B. Sousa
João Paulo Martins
Kendra Barreto

Pedro Andrade
Joselaine Maura
Claudia Moia
Rachel Rosenberg
Danielle Nogueira
Antonia Costa

Andresa Sena
Julia Lins
Juliana Rolim
Cristiane Oliveira
Felipe Sherman
Flavia Nonato

Paula Pinheiro
Osmar Aquino
Fernanda Passarelli
Lilah Fonseca
Caroline Caldas

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1º JUIZADO PESPECIAL CIVEL DA COMARCA DE IMPERATRIZ / MA.

Processo n.º 2149/2008

MBM SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede à Rua dos Andradas, 772/780, 8º andar, Centro, Porto Alegre/RS - CEP 90020-004, inscrita no CNPJ sob o nº 87.883.807/0001-06, neste ato representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADÃO RESPLANDES NUNES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., com fulcro nos artigos 30 e seguintes da Lei 9.099/95 Civil, e, demais cominações legais pertinentes à espécie, apresentar sua

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

DOS FATOS

Alega o Autor em sua peça vestibular que no dia **13/07/2008**, se envolveu em acidente automobilístico, que ocasionou diversas lesões, tendo que arcar com despesas médicas, requerendo, por isto, o ressarcimento destas.

Desta maneira, vem às barras do Poder Judiciário pleitear complementação referente à Despesas de Assistência Médicas e Suplementares, na monta de R\$ 1.818,75 (Um mil, oitocentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).

Entretanto, para que possa receber o reembolso devido, o mesmo deve observar o disposto na Lei, que para efetuar o ressarcimento referente as alegadas despesas, exige a comprovação através de recibos e documentos correspondentes as lesões supostamente sofridas.

PRELIMINARMENTE

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE COMPROVANTES DE DESPESAS MÉDICAS PARA REALIZAR O PAGAMENTO

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize das despesas médico-hospitalares que teria realizado em decorrência de acidente automobilístico.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTORAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

6

21
C

Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a prova das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

"b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais"

Há de se verificar, Excelência, a real validade dos documentos acostados pelo Autor à presente demanda.

Temos que em muitos casos, ao se pleitear indenização por Despesas de Assistência Médica e Suplementar, são juntados recibos de papelaria, sem qualquer validade, pois não recolhem impostos à União.

Ademais, tem-se que tais recibos são de fácil acesso, portanto não existe fiscalização para se verificar se realmente foram efetuados tais gastos.

ORA EXA., AS SEGURADORAS EFETUAM O RESSARCIMENTO APÓS ANÁLISE METICULOSA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELO REQUERENTE, SENDO CERTO QUE O PAGAMENTO EFETUADO ENCONTRA-SE EM PERFEITA CONSONÂNCIA COM OS GASTOS REALIZADOS.

Portanto, Excelência, urge a imperiosa necessidade de se verificar atentamente, quanto a real validade de tais comprovantes acostados, posto que os mesmos podem carecer de validade legal.

Outro não foi o entendimento do Nobre Juiz do 2º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE VITORIA / ES, ao julgar caso análogo ao presente, em virtude da carência de documentos acostados por parte do Autor. Vejamos:

"Analisando detidamente os documentos colacionados, tenho que a preliminar de carência de ação merece acolhida.

(...)

Entretanto, tenho que os documentos juntados nos autos não tem condão de provar o dano sofrido. Não são documentos idôneos para o fim que se destinam.

Diante do exposto, julgando extinto o processo, sem julgamento do mérito, na forma do art. 267, IV do CPC."

Esta prova incumbe à parte autoral, não só em função do que acima está expresso, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Trata-se de documento indispensável à instrução da petição inicial (CPC, art. 283). Por isso, cabe ser aplicada ao caso a regra do art. 284 do mesmo codex, motivo pelo qual a ré requer que, na ausência da documentação suscitada que a presente demanda seja **julgada extinta** na forma do art. 267, inciso IV, da Lei Adjetiva Civil.

DO MÉRITO

Sem embargo das preliminares suscitadas vem a Ré, em homenagem ao princípio da eventualidade debater o mérito da demanda.

DA POSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL DE DAMS NO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Dispõe a Lei nº 11.482/07, no seu art. 3º, alínea III", que, além das indenizações por morte e por invalidez permanente, a cobertura do seguro obrigatório DPVAT restringe-se ao reembolso das despesas de assistência médica e suplementares que hajam sido "devidamente comprovadas" (n.g.) pelas vítimas de acidentes:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

III) até 8 (oito) vezes o valor do maior salário mínimo vigente no país - **como reembolso à vítima** - no caso de despesas de assistência médica e suplementares **devidamente comprovadas.**" (n.g.)

Mais adiante, outro dispositivo, o art. 5º, estabelece tão somente que o pagamento da indenização securitária condiciona-se à apresentação de "prova" das despesas efetuadas **pela vítima de acidente:**

"Art. 5º. (...)

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga (...) no prazo de 15 (quinze) dias da entrega dos seguintes documentos:

(...)

b) prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais."

Segundo CELSO AGRÍCOLA BARBI¹ dois são os principais sistemas de valoração da prova existentes no nosso direito. O primeiro, como de sabença, é o da prova legal ou tarifada, no qual **é prefixado o valor de cada prova**, subsumindo-se o intérprete ao critério previamente estabelecido pelo legislador. O segundo é o da livre convicção, em que, apresentadas diferentes provas de um determinado fato, **ao intérprete é dado analisá-las e convencer-se da sua veracidade segundo diferentes graus de merecimento que, consoante a sua experiência comum, houver por bem lhes atribuir:**

A propósito, salientamos que, embora tais sistemas sejam normalmente mencionados no tocante à apreciação, pelos magistrados, da prova produzida em sede judicial, pensamos não haver empecilhos em os transferirmos para o plano administrativo, no qual, formulado o pedido de reembolso, age a Seguradora como responsável pela análise da prova apresentada pelo solicitante.

A título de ilustração, daremos o seguinte exemplo prático do que seja o sistema da prova legal ou tarifada. Vejamos:

Se a Lei nº 11.482/07 houvesse adotado esse sistema, teria expressamente estabelecido que, apresentado o recibo de pagamento devidamente subscrito pelo profissional ou estabelecimento responsável pelo atendimento, a Seguradora não poderia opor-se ao reembolso do valor ali consignado, independentemente de o mesmo demonstrar-se excessivo.

Vale dizer, de acordo com o sistema da prova legal ou tarifada, a Seguradora resumir-se-ia a promover, no caso concreto, uma verificação formal do documento apresentado pela vítima, quanto à conformidade da sua emissão, não lhe sendo lícito, ao analisar o recibo de pagamento, concluir pela impropriedade do reembolso **do valor** aí consignado, ainda que abusivo ou flagrantemente inadequado às características do sinistro! Quando muito, se a Seguradora suspeitasse do excesso, competir-lhe-ia, para ilidir o referido documento, propor uma ação desconstitutiva com tal finalidade.

Ocorre que, **a Lei nº 11.482/07 não acolheu o sistema da prova legal ou tarifada**, pois ali não existe a prefixação de valor algum para determinada prova!

De fato, ao não prefixar o valor da prova documental produzida pela vítima, cingindo-se a dispor que às Seguradoras compete reembolsar as despesas "devidamente" (sic) comprovadas pela mesma (i. e., cabe-lhe analisar os procedimentos e despesas informados na referida prova), filiou-se o legislador a um critério de **livre convicção**, segundo o qual devem as Seguradoras apreciar o conteúdo **material** (e não meramente formal!) do documento apresentado quando da formulação do pedido de reembolso, daí decidindo, se o valor pleiteado se revelar excessivo ou destoante dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade a serem utilizados nessa apreciação, pela sua **redução** a patamares condizentes com as características do acidente.

No entanto, não estão as Seguradoras obrigadas a conferir ao recibo apresentado pela vítima um juízo de valor preestabelecido. Ao contrário, têm as Seguradoras, na qualidade de gestoras do fundo comum de prêmios, de analisar a prova cuidadosamente e

¹ "Comentários ao Código de Processo Civil", vol. I, p. 399)

231

de, em benefício da mutualidade, afastar a possibilidade de pagamento da indenização quando o valor postulado se mostrar excessivo.

A Lei nº 11.482/07, que disciplina o seguro obrigatório DPVAT, não conferiu a documento algum o atributo de prova tarifada, isto é, com valor prefixado, insuscetível de gerar qualquer questionamento ou negativa da parte das Seguradoras. Ao contrário, dita legislação deu às Seguradoras a prerrogativa de analisar o conteúdo material das provas produzidas pela vítima, decidindo, em seguida, segundo a sua livre e motivada convicção, pelo pagamento ou pela negativa de cobertura securitária!

Conforme anteriormente exposto, a Lei nº 6.194/74, que regulamenta o seguro obrigatório DPVAT, expressamente estabelece que o pagamento da indenização securitária condiciona-se a que as despesas de assistência médica e suplementares a serem reembolsadas pelas Seguradoras estejam "devidamente comprovadas" pelas vítimas de acidentes.

Estas normas, por sua vez, não discrepam do art. 11, § 1º, do Decreto-lei nº 73/66, o qual também estabelece que, nos seguros emitidos por bilhetes, qual o seguro obrigatório DPVAT, "sobrevindo o sinistro, a prova da ocorrência do risco coberto pelo seguro e a JUSTIFICAÇÃO DE SEU VALOR competirão ao Segurado ou ao Beneficiário" (g.n.).

Ora, nos termos do Decreto-lei nº 73/66, "devidamente comprovado" é apenas o valor que está "justificado" pelo Segurado ou pelo Beneficiário do seguro, ou seja, que se afigura "adequado", dentro de um juízo de **razoabilidade** e de **proporcionalidade**, à extensão do atendimento médico-hospitalar prestado pelo profissional ou estabelecimento!

Assim, se determinado valor, pleiteado pela vítima de acidente automobilístico, se apresenta inidôneo relativamente aos prejuízos sofridos em virtude da sua ocorrência, por fugir ao **razoável** e revelar-se **desproporcional** à extensão e ao grau de severidade das lesões, não há como se tê-lo por "devidamente comprovado" pelo Beneficiário do seguro, a despeito de constar de um (simples) recibo de pagamento prévio!

Estes critérios, de **razoabilidade** e de **proporcionalidade**, são os que haverão de informar a convicção das Seguradoras acerca do cabimento do pedido de reembolso formulado pela vítima do acidente. Por sua vez, a positivação desses critérios não esbarra em obstáculo algum, porquanto as Seguradoras, fundadas na sua experiência e na especialização adquirida ao longo do exercício da sua atividade comercial, encontram-se dotadas da capacitação técnica necessária à parametrização dos procedimentos e custos médico-hospitalares.

Enfim, estão as Seguradoras mais capacitadas (que o próprio legislador) a **averiguar a razoabilidade e a proporcionalidade dos pedidos de reembolso**, na medida em que dispõem de quadro profissional técnico especializado, experiência na regulação de sinistros e na liquidação dos danos deles decorrentes e acesso à planilha de custos e insumos dos profissionais e estabelecimentos médico-hospitalares!

Ademais, tais critérios ainda atendem à necessidade de preservação da função das Seguradoras de gestoras do fundo comum formado a partir dos prêmios vertidos pelos proprietários de veículos automotores, o que não ocorreria se as mesmas estivessem relegadas ao papel secundário e indiligente de, apresentado determinado recibo de pagamento, promover o seu reembolso imediato sem observar se o mesmo apresenta-se razoável e proporcional às características da lesão.

Dito procedimento temerário, à toda evidência, propiciaria um aumento do número de fraudes, impactando os custos das Seguradoras e, consequentemente, elevando o valor do prêmio do seguro, prêmio este que nada mais representa do que uma repartição entre os Segurados (i. e., entre os proprietários de veículos automotores) do volume de indenizações despendidas para fins de cobertura dos sinistros ocorridos.

Além disso, entender que as Seguradoras devam reembolsar a integralidade do valor consignado nos recibos de pagamento apresentados pelas vítimas de acidentes, sem a necessidade de aferirem a razoabilidade e a proporcionalidade de tal valor, e com observância tão somente do limite máximo de cobertura previsto em Lei, passa-se ao largo do conceito de "indenização", que, como é curial, está condicionado à impossibilidade de enriquecimento sem causa do beneficiário do seguro, o qual não

TURN
DE CURR.
258

está autorizado a fruir de qualquer vantagem financeira advinda da ocorrência do sinistro. Ora, conquanto o DPVAT seja um seguro de pessoa, a cobertura de despesas médicas é típica dos ramos elementares (e não de vida), pois objetiva repor o patrimônio desfalcado com o dispêndio prévio do valor correspondente!

De fato, considera-se indenização a "reparação" de um prejuízo ou a contribuição que se efetiva para satisfazer um pagamento prévio². Com base nesta definição, **conclui-se que a indenização deverá ser, em qualquer hipótese, sempre proporcional à extensão e à amplitude dos danos sofridos pela vítima.**

Ademais, conclui-se ainda que deverá também ser **razoável**, pois, de outra forma, o seu recebimento configuraria, como acima exposto, hipótese de enriquecimento sem causa, o que a desviaria da sua finalidade original.

Tais critérios são, portanto, indissociáveis do conceito de indenização! Ao negá-los, reputando-os desnecessários na análise e liquidação de sinistros, e condicionando o cálculo do valor da indenização à observância de um único critério - o limite máximo de cobertura -, nitidamente descaracteriza-se a feição indenizatória do seguro obrigatório DPVAT, no tocante à cobertura de despesas médico-hospitalares!

Assim, o uso da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulado pelas Seguradoras como um "limite de cobertura" inferior àquele estabelecido por meio de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. Tal entendimento, com a *venia* devida, parte de uma premissa inteiramente inadequada! Dita tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização. Enfim, não configura um novo limite de cobertura, além daquele estipulado por Lei, mas um critério de adequação do valor do reembolso ao da justa remuneração do serviço prestado pelo profissional ou estabelecimento médico-hospitalar naquele caso concreto sob apreciação.

Não é por outro motivo que a previsão da sua possibilidade consta da Resolução nº 01/75, expedida pelo CNSP dentro da competência que lhe foi atribuída pelo art. 12, da Lei nº 6.194/74 ("Art. 12. O Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei."), e a qual aprova as "Normas Disciplinadoras" do seguro obrigatório DPVAT.

Dita Resolução dispõe, no item 5.2 do seu "Anexo", que, quando a assistência for prestada por pessoa física ou jurídica com convênio com o INAMPS (atualmente, com o SUS), e a vítima pagá-la, o reembolso "será sempre efetuado com base na tabela fixada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, vigente na data do acidente"(sic).

Ou seja, é o próprio CNSP quem prevê que os reembolsos a serem efetuados pelas Seguradoras em favor das vítimas que forem atendidas por profissionais e estabelecimentos conveniados ao Sistema Único de Saúde deverão se filiar à tabela de padronização de custos médico-hospitalares utilizada pelo Poder Público. Com o uso desta tabela, inviabiliza-se que a cobrança do reembolso se faça com base em critérios irrazoáveis de valoração da remuneração e do preço das despesas!

Esta tabela, por sua vez, não só é de aplicação obrigatória para os prestadores de serviços como também para as vítimas de acidentes, as quais estão a ela adstritas para fins de obtenção do correspondente reembolso. Ora, disto se conclui que as vítimas de acidentes não estão autorizadas a cobrar "qualquer valor" a título de reembolso, bastando que sejam inferiores aos limites máximos de cobertura estipulados na legislação! Afinal, quando o atendimento for prestado por profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada, o montante do reembolso devido à vítima do acidente estará parametrizado pela tabela de procedimentos e custos médico-hospitalares utilizada pelo SUS - Sistema Único de Saúde, sendo vedada, por força do disposto na Resolução CNSP nº 01/75, a cobrança de qualquer outro valor que lhe seja superior!!

Aliás, esta é a realidade do mercado, comprovada através da utilização de tabelas padronizadas em todos os segmentos que envolvem o reembolso de despesas médicas e

² "Dicionário de Vocábulos Jurídicos". de Plácido e Silva, 3ª ed., Editora Forense, p. 815.

6

TUR
RECUM
268

hospitalares, sendo o mais significativo exemplo o próprio SUS, que possui uma tabela própria de reembolso aos hospitais e médicos integrantes da sua rede conveniada e outra de ressarcimento junto às empresas que comercializam planos e seguros de saúde (a TUNEP).

Assim, é perfeitamente possível a utilização de uma tabela de padronização dos procedimentos e custos médico-hospitalares. Afinal, **os princípios que informam a possibilidade de sua utilização no tocante ao reembolso das despesas efetuadas na rede conveniada ao SUS estão também presentes nos casos de atendimentos prestados pelos demais profissionais e estabelecimentos!** A uma, a necessidade de que o montante da indenização corresponda a um preço justo e razoável de remuneração (ou pagamento) das despesas de assistência. A duas, o descabimento de se supor que qualquer valor apresentado pela vítima, **ainda que excessivo ou desproporcional à extensão do dano sofrido**, seja passível de reembolso imediato, encontrando como "única limitação" o "teto" de cobertura previsto em lei! Fosse assim e, também com relação aos atendimentos prestados pela rede conveniada ao SUS, **inexistiria uma tabela referencial consoante a qual ficou estabelecida uma inequívoca limitação ao valor do reembolso!**

Ora, se as vítimas estão sujeitas à utilização da tabela do SUS para fins de cálculo do valor do reembolso, quando atendidas por profissionais ou estabelecimentos conveniados a este sistema, evidentemente se conclui que não existe óbice algum a que, quando tal atendimento se der em qualquer outro hospital ou consultório, também se utilizem as Seguradoras de uma tabela referencial que, acompanhando a evolução dos custos de assistência médica e hospitalar, sirva-lhes de parâmetro para a definição do preço justo e razoável das despesas de assistência médica, sempre que o valor apresentado pela vítima se afigure excessivo.

Não podem as Seguradoras, isto é certo, se utilizarem da mesma tabela emitida pelo SUS. Podem, contudo, indubitavelmente, **dispor de uma tabela PARAMETRIZADA E REFERENCIAL própria**, com a qual estarão aptas a controlar e aquilatar corretamente os preços dos serviços (este, aliás, o objetivo de o próprio SUS empregar uma tabela), evitando estimativas desconexas com a realidade e destarte preservando a solvência dos fundos sob sua gestão!

De outra forma, as vítimas que se utilizassem de serviços não conveniados estariam se beneficiando de um tratamento desigual, que violaria o princípio da isonomia. Isto porque, enquanto as mesmas poderiam reembolsar-se de qualquer despesa, **quão irreal fosse o seu valor respectivo**, as demais, teoricamente até mais necessitadas, por precisarem do atendimento ministrado pela rede conveniada ao SUS, teriam o seu reembolso limitado à tabela confeccionada pelo Poder Público!

Tal situação não traria vantagem alguma às vítimas de acidentes, aos consumidores em geral e à sistemática do seguro obrigatório DPVAT, além de, como é evidente, servir de perigoso estímulo à prática de fraudes contra as Seguradoras.

Ora, compeli-las as Seguradoras a aceitarem sem qualquer restrição os valores de reembolso sugeridos pelas vítimas equivale a uma negação da sua própria condição. Isto porque, na clássica definição de VIVANTE³, **"empresa de seguro é aquela que, assumindo profissionalmente os riscos alheios, trata de reunir com as contribuições dos segurados um fundo capaz de proporcionar os capitais prometidos aos mesmos segurados no vencimento das promessas"**, **competindo-lhe zelar pela preservação do mesmo fundo, evidentemente.**

Da mesma forma, MARIA DEL CARMEN NUÑEZ LOZANO, ao comentar a Lei de Seguros espanhola⁴, assinala que o controle financeiro das Seguradoras adquire um protagonismo indiscutível, que se erige a peça básica e fundamental da intervenção exercida pelo Estado sobre a atividade seguradora! A nosso ver, foge inteiramente aos objetivos deste controle a exigência de que as Seguradoras paguem qualquer valor indicado nos recibos, independentemente da sua coerência com a extensão dos danos! **A tabela de procedimentos e custos médico-hospitalares atende, assim, à necessidade de gestão diligente e cuidadosa dos recursos vertidos às Seguradoras a título de prêmio**, o que mais se enfatiza sabendo-se o caráter social desse seguro e a compulsoriedade da sua contratação.

³ De Morandi, "Estudios de Derecho de Seguros", 1971, p. 59.

⁴ Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados". Madri, 1998, p. 157.

B

26
278

Idêntica observação é feita por ALESSANDRO OCTAVIANI⁵, intitulado "Breve Aproximação da Defesa do Consumidor de Direitos Privados no Brasil: Panorama, Dilemas e Algumas Imposições", no qual é salientado que a defesa do direito dos consumidores deve ser centrada também no controle administrativo da atuação das Cias. de Seguros como gestoras dos fundos transindividuais de seus Segurados, responsáveis, nesse diapasão, por zelar para que tais fundos não sirvam a propósitos estranhos à natureza indenitária do contrato de seguro. Ou seja, é de interesse dos consumidores que, na operação do seguro obrigatório DPVAT, guiem-se as Seguradoras por critérios objetivos de aferição do valor das despesas médicas e suplementares.

Uma eventual falta de zelo das Seguradoras no trato dessa questão, efetuando reembolso de qualquer valor apresentado pela vítima de acidente, bastando que 1) esteja consignado no recibo simples de pagamento e 2) seja inferior ao limite máximo de cobertura, configuraria a antítese do regime de "fundo transindividual" do qual as mesmas são gestoras, e que constitui a base técnica da operação securitária! Além do mais, tal conduta, evidentemente, infringiria ainda uma obrigação insita à atividade das Seguradoras, que é a de manter extremada diligência na gestão do referido fundo.

Desta maneira, estribada na legislação suso aludida, a Ré quando da análise dos documentos ofertados na esfera administrativa, concluiu pela exorbitância nos valores apresentados e assim, utilizou-se da tabela de procedimentos e custos médico-hospitalares, para efetuar o pagamento da correta verba indenizável o Autor.

Assim sendo, a presente ação deve ser julgada totalmente improcedente, o que se requer.

**DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07
- DO VALOR INDENIZAVEL -**

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92.

Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT. Vejamos:

Art. 8º Os arts. 3º, 4º 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte;

II - ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas(...)."

Assim, é de clareza cristalina, que o valor devido no caso de invalidez permanente, parcial ou total, é de ATÉ R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Ressalte-se que o valor da indenização para despesas médicas será pago à vítima a partir do momento em que for comprovado as despesas gastas com o alegado sinistro em tela.

Destaque-se, por oportuno, entendimento exprimido pelo DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO⁶, acerca da matéria em tela. Vejamos:

"1.1. Coberturas

⁵ "Revista Brasileira de Direito de Seguros", nº 9, p. 6.

⁶ <http://www.denatran.gov.br/dpvat.htm#1.2.%20Valores%20de%20indeniza%C3%A7%C3%A3o>

27

281

O Seguro DPVAT oferece três coberturas:

- MORTE decorrente de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos.

- INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL decorrente de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos. O valor da indenização é calculado com base no percentual de invalidez permanente enquadrado na tabela de Normas de Acidentes Pessoais. Para esse efeito, leva-se em consideração o laudo médico emitido ao fim do tratamento e, conforme a necessidade, o laudo pericial. (g.n.)

- DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS) decorrentes de tratamento realizado, sob orientação médica, por motivo de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou por cargas transportadas por esses veículos. A COBERTURA DE DAMS PREVÊ O REEMBOLSO DE DESPESAS DEVIDAMENTE COMPROVADAS. (g.n.).

Portanto, resta claro que as indenizações serão pagas com base na comprovação das despesas médicas alegadas pela vítima, observando-se o limite exposto na supracitada Lei 11.482/07, no caso de condenação da Ré.

DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Com relação aos juros moratórios, bem como a correção monetária, em caso de eventual condenação, o que definitivamente não espera, é curial que seja analisada questão acerca da data de início da contagem dos respectivos.

Consoante o disposto no artigo 219 da Lei Processual Civil vigente, que, ao dispor constituir em mora o devedor a partir da citação válida, entende a Contestante que o dies a quo para o cômputo dos juros moratórios deve ser a data de sua citação para responder os termos da presente ação, como pode se ver no art. 405 do Código Civil, senão vejamos:

"Art. 405 Contam-se os juros de mora desde a citação inicial."

Até porque estamos tratando de responsabilidade contratual tendo em vista que as partes celebraram contrato de seguro, e não extracontratual, sendo inaplicável à espécie o Enunciado n.º 54, da Súmula do Egrégio Superior Tribunal de Justiça.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação, senão vejamos:

"art. 1º . (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação."

O Superior Tribunal de Justiça, através do REsp 43.640-0-SP, 6ª Turma, tendo como relator o Ministro Anselmo Santiago, retratou o seu entendimento sobre a correção monetária conforme ementa que passamos a transcrever:

"Não ofende o art. 6º da Lei de Introdução ao Código Civil o acórdão que restringe a incidência da correção monetária a partir do ajuizamento da ação e não antes, por falta de previsão legal" (STJ-6ª Turma, REsp 43.640-0-SP, rel. Ministro Anselmo Santiago, j. 21.6.94, não conheceram, v.u., DJU 28.11.94, p. 32.645).

Portando, na remota hipótese de condenação da Ré, requer-se que os juros moratórios sejam computados a partir da citação válida, conforme disposto no art. 405 do Código Civil e que se incida correção monetária a partir do ajuizamento da ação, tendo em

6

298
vista o esposado no §2º, do art. 1º da Lei 6.899/81, face aos argumentos suscitados na presente peça de bloqueio.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Resta claro ainda que sob nenhum aspecto cabe o pedido autoral no sentido de pleitear a descabida monta de 20% de honorários nesta demanda, haja vista que desta forma pretende violar dispositivo de lei.

Porém, o mesmo dispositivo legal determina que no caso de vencedor o beneficiário da Justiça Gratuita, o montante de honorários advocatícios a ser pago pelo vencido deve respeitar o patamar máximo de 15% (quinze por cento). Vejamos:

"Art. 11. Os honorários de advogados e peritos, as custas do processo, as taxas e selos judiciais serão pagos pelo vencido, quando o beneficiário de assistência for vencedor na causa.

§ 1º. Os honorários do advogado serão arbitrados pelo juiz até o máximo de 15% (quinze por cento) sobre o líquido apurado na execução da sentença.

(...)."

Ressalte-se, oportunamente, o art. 20, § 3º do Código de Processo Civil, donde se depreende que o percentual máximo permitido, em casos de "fácil" instrução, por ser matéria de direito, é de 20% (vinte por cento):

"(...) § 3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez por cento (10%) e o máximo de vinte por cento (20%) sobre o valor da condenação, atendidos: (Redação dada pela Lei n.º 5.925, de 1º.10.1973)

- a) o grau de zelo do profissional;*
- b) o lugar de prestação do serviço;*
- c) a natureza e importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço. (...)"*

Ora, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono do Autor, tornando-se assim, injustificável o pedido de honorários no patamar de 20% (vinte por cento), o que ora se requer seja julgado **totalmente improcedente!**

Não fosse isso o bastante, tal pleito se faz demasiadamente severo, tendo em vista que restou comprovado que a Seguradora em momento algum agiu com intuito protelatório, muito menos de má-fé, agiu apenas e tão-somente em consonância com a determinação do órgão que regula o convênio DPVAT.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios sejam arbitrados na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ex Positis, aguarda-se, serenamente, pela extinção do feito sem julgamento do mérito, conforme preconiza o artigo 267, inciso VI da Lei Adjetiva Civil, haja vista:

(I) Da ausência de comprovantes de despesas médicas;

Caso assim não entenda, espera e confia na improcedência da ação, tendo a Ré amplamente demonstrado o total descabimento de complementar-se a indenização já efetivamente paga, pelo que requer seja a demanda ao final julgada **TOTALMENTE IMPROCEDENTE**, com julgamento de mérito, nos exatos termos do artigo 269, inciso I, 2ª parte do Código de Processo Civil, haja vista:

(II) Plena vigência da Lei 11.482/07, onde encontra-se que para haver o reembolso de DAMS há necessidade de comprovar as possíveis despesas médicas;



RECUE 29
308

Outrossim, requer-se que os juros moratórios sejam computados a partir da citação válida, conforme disposto no art. 405 do Código Civil, que se incida correção monetária a partir do ajuizamento da ação, tendo em vista o esposado no §2º, do art. 1º da Lei 6.899/81 e os honorários compensados na forma do §3º, do art. 20 do Código Processual Civil.

Protesta, ainda, por todo o gênero de provas admitido em direito, especialmente documental suplementar e depoimento pessoal do Autor, sob pena de confissão.

Por fim, ante a suposta invalidez da parte autoral, requer a realização de perícia médica devendo oficialar-se o Instituto Médico Legal local, para que marque dia e hora para feitura do laudo pericial a fim de comprovar as lesões sofridas.

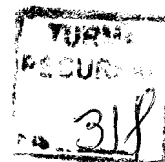
Para fins do exposto no artigo 39, inciso I, do Código de Processo Civil, fornece-se o endereço da Rua Simplicio Moreira n.º 1076 - Centro (Próximo ao Fórum) - sala 02 - Imperatriz/MA, cep:65901-490, tel:(99) 3526-6929.

Por derradeiro, requer, ainda, a Contestante seja observado o nome da advogada, CELMA CRISTINA ALVES BARBOSA BAIANO, OAB/MA 5.680, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.
Imperatriz, 17 de Abril de 2009

João Barbosa	Henrique A F Motta	Fabio João Soito
OAB/PE 4.246	OAB/RJ 113.815	OAB/RJ 114.089

Celma Cristina Alves Barbosa Baiano
OAB/MA 5.680



30
U

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o n.º 134.307, HENRIQUE ALBERTO FARIA MOTTA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o n.º 113.815, FABIO JOÃO SOITO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o n.º 114.089 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado CELMA CRISTINA ALVES BARBOSA BAIANO, inscrito na OAB/MA sob o n.º 5680, com escritório à rua Simpício Moreira n.º 1076 - Centro (Próximo ao Fórum) - sala 02 - Imperatriz/MA - cep:65901-490 os poderes que lhe foram conferidos por MBM SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S.A, nos autos da Ação de Cobrança de Seguro DPVAT que lhe move ADAO RESPLANDES NUNES, em curso perante 1 - Jec DA COMARCA IMPERATRIZ-MA nos autos do Processo n.º 21492008.

Rio de Janeiro 16 de abril de 2009.

JOÃO BARBOSA

OAB/RJ sob o n.º 134.307

HENRIQUE A. F. MOTTA

OAB/RJ sob o n.º 113.815

FABIO JOÃO SOITO

OAB/RJ sob o n.º 114.089

328

31

CARTA DE PREPOSTO

MBM SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Rua dos Andradas, 772/780, 8º andar, Centro – Porto Seguro/RS, inscrita no CNPJ sob n.º 87.883.807/0001-06, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como preposto IOESLEY DAS FLORES MENDES, portador(a) do CPF n.º 046.046.940-43, podendo o(a) mesmo(a) responder nesta qualidade a todos os termos do Processo n.º 1149/08, em trâmite na Comarca de IMPERATRIZ - Maranhão.

Imperatriz (MA), 27 de ABRIL de 2009.

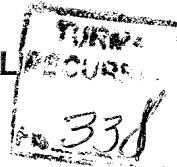
MBM Seguradora S/A

Celma Cristina Alves B. Baiano

32
04 03 09
Domingo
Funcionário

ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
DR^a CELMA CRISTINA ALVES BARBOSA BAIANO

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1º JUIZADO ESPECIAL
CÍVEL DA COMARCA DE IMPERATRIZ/MA



FINALIDADE: REQUERIMENTO DE DEPÓSITO DE INSTRUMENTOS PROCURATÓRIOS E DE REPRESENTAÇÃO.

CELMA CRISTINA ALVES BARBOSA BAIANO ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA, sociedade devidamente registrada na OAB, vem à presença de Vossa Excelência requerer:

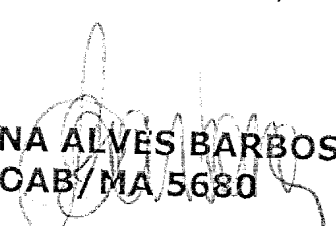
Depósito na Secretaria deste juízo, conforme emanado na Resolução 07/2007 do Tribunal de Justiça do Maranhão, de instrumentos de representação devidamente autenticados, de empresas demandadas nas ações de cobrança de seguro DPVAT patrocinadas por nosso escritório.

Segue abaixo relação das referidas empresas:

- 1- Cia Excelsior de Seguros;
- 2- Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT;
- 3- Panamericana de Seguros S/A;
- 4- Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A;
- 5- MBM Seguradora S/A;
- 6- Unibanco AIG Seguros S/A.

Desse modo comprovada a personalidade jurídica de referidas empresas neste ato, dispensadas novas juntadas quando da realização de audiências.

Imperatriz, 04 de março de 2009.


CELMA CRISTINA ALVES BARBOSA BAIANO
OAB/MA 5680

Rua Simpício Moreira, nº 1076 – Centro, em frente ao Fórum- CEP 65900-490

Fones: 99-3526-6929

Email: celmaadv@hotmail.com, celmaadv@yahoo.com.br