



Número: **0800181-30.2019.8.18.0032**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Picos**

Última distribuição : **28/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 30.975,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCIVALDO MONTEIRO DE MOURA (AUTOR)		GLEUVAN ARAUJO PORTELA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21112822	19/10/2021 13:08	Intimação	Intimação



PROCESSO Nº: 0800181-30.2019.8.18.0032
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro]
AUTOR: FRANCIVALDO MONTEIRO DE MOURA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

SENTENÇA

Trata-se de ação de cobrança de ajuizada pela parte autora em face da requerida, alegando que foi vítima de acidente automobilístico e que requereu administrativa a indenização devida e não teve o pleito atendido, requerendo a condenação da parte requerida em indenização pelos danos físicos sofridos e ainda por danos materiais.

Citada, a parte requerida apresentou contestação alegando, preliminarmente, ausência de requerimento administrativo e, no mérito, falta de nexo de causalidade, ausência de laudo do IML, ausência de cobertura para perda auditiva unilateral, ausência de nexo de causalidade entre o entre o sinistro e as despesas com medicamentos, teto indenizatório, utilização da tabela referencial, pagamento proporcional à lesão; ao final, pugna pelo julgamento improcedente do pedido e, em caso de condenação, que seja aplicada a tabela de quantificação da extensão da invalidez.

Intimado para manifestar-se sobre a contestação, o autor sustentou que dos autos constam provas que os traumas decorrem de acidente de trânsito, que não juntou laudo do IML por ausência do mesmo no local, assim como que, em relação à cobertura da surdez unilateral, é devida em quantia equivalente a 25% (vinte e cinco) por cento da tabela, metade do valor previsto para a surdez bilateral.

Intimados para se manifestarem sobre a produção de provas, as partes requereram a realização de perícia a qual, após deferida, resultou no laudo juntado pelo perito nomeado.

Após, a parte autora veio aos autos e declarou concordar com as conclusões do laudo, tendo a parte requerida apresentado petição repetindo parte do conteúdo da contestação, mas requerendo o acolhimento das conclusões do laudo pericial.

É o relatório, decidido.

FUNDAMENTAÇÃO

DA PRELIMINAR

i – Falta de interesse de agir por ausência de requerimento administrativo

Sustenta a parte réu que a parte autora não possui interesse de agir por não ter demonstrado o acionamento da Seguradora na esfera administrativa, relativamente às despesas médicas.

A alegação é improcedente, pois muito embora não tenha a parte autora juntado prova direta e objetiva do pedido quanto à indenização por despesas



médicas, não se pode exigir do mesmo que comprove detalhes do pedido, se há prova cabal da apresentação do requerimento; a própria parte ré poderia, na verdade, deveria, juntar o comprovante do que alega, não tendo se desincumbido do ônus de produzir a prova do fato que tem como impeditivo do direito do autor – Art. 373, II do CPC.

DO MÉRITO

No que se refere ao mérito, em si, não há sequer divergência, pois após a realização da perícia, a própria parte requerida pugnou pelo acolhimento das suas conclusões; certo que o Juiz não é obrigado a acatar as conclusões do perito, eventual discordância exige análise e fundamentação específica.

No presente caso, a parte autora postula a condenação da seguradora requerida no pagamento por supostos danos à sua saúde, em três modalidades, tendo a pretensão de que cada tipo de lesão assegure um tipo de indenização, duas no valor total fixado na lei e uma em valor parcial; além do pedido de indenização por despesas médicas.

i – Das despesas médicas

O documento juntado pela parte autora comprova o pagamento pela realização do exame; muito embora não haja no próprio documento um referência expressa a que a necessidade de sua realização decorra do acidente que sofrera, antes, a parte autora, é presumível que assim o seja, pois foi realizado em data posterior, assim como é do tipo – radiológico – comumente realizado quando há fraturas em partes duras – ossos, exatamente como é o caso da parte autora.

A parte ré, por outro lado, não produziu qualquer prova que infirme a conclusão acima apontada, portanto, o pedido é procedente, quanto a este ponto.

ii – Da indenização por invalidez

Inicialmente assento ser inconteste a ocorrência do sinistro, pois é o que decorre do boletim de ocorrência e demais documentos de atendimento médico da parte autora, todos em data compatível com o fato noticiado. Reforçado pelas conclusões do laudo pericial que, mesmo realizado posteriormente conclui que as lesões são compatíveis com acidente automobilístico.

É certa, pois, a ocorrência do acidente, assim como de danos sofridos pela parte autora, restando apenas e tão somente o enquadramento das lesões sofridas com as prescrições legais que definem o valor da indenização.

O Art. 3º da Lei nº 6.194/74, em seu texto original, previa o pagamento de indenização em caso de morte no valor de 40(quarenta) salários mínimos, e no caso de invalidez permanente, o pagamento de valor até 40 (quarenta) salários mínimos; posteriormente a citada norma legal sofreu alteração no tocante à indexação da indenização do seguro em salários mínimos, de modo que foi estabelecido o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) como maior indenização, flexibilizado de acordo com a porcentagem fixada para o grau de dano físico experimentado pela vítima.

A referida alteração decorreu da Lei nº 11.482/07, que conferiu ao art. 3º da Lei nº 6.194/74 a seguinte redação, *in verbis*:

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

- a) (revogada);*
- b) (revogada);*



c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - 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.

Em 2009, a Lei do Seguro DPVAT foi novamente alterada, desta feita pela Lei nº 11.945/2009, promovendo alterações no art. 3º da Lei nº 6.194/74, e acrescentando uma tabela que especifica cada dano corporal e a repercussão na íntegra do patrimônio físico da vítima; veja-se, *in verbis*:

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

a) (revogada);

b) (revogada);

c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - 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.

§ 1 No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez



por cento), nos casos de sequelas residuais. (...)."

A qualificação precisa da lesão e o enquadramento da situação em quaisquer das hipóteses prevista na lei decorre, essencialmente, do conteúdo do laudo pericial.

No presente caso, colhe-se do laudo que a parte autora possui lesões, decorrentes de acidente automobilístico que atinge a "clavícula direito", "audição direita" e "sistema nervoso central", o que a deixa inválida permanentemente de toda e qualquer atividade, de forma parcial e incompleta, tendo o perito concluído que tal as lesões os incapacitam nos seguintes percentuais: Ombro direito – 25%; perda auditiva – 50% e sistema nervoso central – 75%.

Assim, não havendo outros elementos indicativos que possam levar a conclusão diversa que exposto no laudo pericial, tendo ainda ambas as partes concordado com as conclusões ali expostas, impõe que se conclua pela ocorrência de invalidez permanente, parcial e incompleta, atingindo, dos órgãos/sistemas com maior gravidade o sistema nervoso central, em 75%, é este o percentual no qual há de se fixar o valor da indenização, calculando-se sobre o valor máximo da indenização.

Aqui cumpre registrar que, muito embora tenha a parte autora demandado indenizações diferentes para cada uma das lesões que sofreu, o pedido é improcedente, em parte quanto a este aspecto, pois em caso de lesões diversas, atingindo órgãos distintos, decorrentes de uma mesmo acidente, a soma dos valores das indenizações não podem ultrapassar o limite máximo segurado, pois sendo o valor máximo previsto para os casos de morte, não há fundamento legal para que se ultrapasse tal valor em qualquer hipótese (ver entendimento do STJ no AREsp 1793118).

DISPOSITIVO

Ante o exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido para CONDENAR a ré no pagamento à parte autora das seguintes verbas:

- o valor de R\$ 600,00 (seis centos reais) relativos às despesas médicas
- o valor de R\$ 10.125,00 (dez mil, cento e vinte e cinco reais) – 75% do valor máximo da indenização, em razão das lesões do sistema nervoso central; R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais) - 25% do valor máximo da indenização pelas lesões no ombro direito; R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais) - 25% do valor máximo da indenização pelas lesões no ouvido direito. Como a soma dos valores das indenizações pelos danos corporais ultrapassa o teto do valor da indenização, **fixo como valor da indenização pelas lesões a quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).**

O valor da condenação deverá ser corrigido monetariamente pelo INPC a partir do evento danoso (Súmula 43/STJ) e acrescidos de juros legais de 1% ao mês, estes contados da citação (Súmula 426/STJ).

Condeno, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais fixo em 10% sobre o valor da condenação.

P. R. I.

Certificado o trânsito em julgado da sentença, arquivem-se os autos, com baixa

PICOS-PI, 19 de outubro de 2021.



Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Picos

