



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1º JEC DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n. 08047783020198152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SOSTENES FELISBERTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, apresentar seu **RECURSO INOMINADO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

PROCESSO ORIGINÁRIO DO 1º JEC DA COMARCA DE JOAO PESSOA / PB

Processo n.º 08047783020198152003

RECORRIDA: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

RECORRENTES: LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DAS RAZÕES DO RECURSO

COLEDA TURMA,

INCLÍTOS JULGADORES,

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Trata-se de caso em que a parte recorrida alega ser vítima de um suposto acidente automobilístico que teria ocorrido em **04/06/2018**, e que realizou gastos com despesas médico-hospitalares, porém, deixa de apontar e/ou fazer provas das referidas despesas.

Não obstante toda a documentação médica acostada é clara ao afirmar que a recorrida não **juntou provas suficientes para comprovar o nexo de causalidade.**

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando a tese lançada na defesa, julgando parcialmente procedente o feito, o que merece pronta reforma, conforme se demonstrará nas presentes razões.

Pertinente destacar, com base em toda documentação constante dos presentes autos, que há ausência de nexo entre o valor solicitado pelo autor e a falta de notas fiscais, recibos ou prescrição médicas com data do sinistro capazes de demonstrar o nexo entre o acidente e as despesas médicas.

Inconformada, a demandada vem apresentar as razões do recurso inominado, ora interposto, vez que a sentença proferida pelo juízo *“a quo”* deve ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos.

PRELIMINARMENTE

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

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que o Recorrido 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.

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 pela Autora 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 da Autora. 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.

DO REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES DAMS: AUSENCIA DE COMPROVANTES DE DESPESAS MÉDICAS COM FINS TRIBUTÁRIOS E FISCAIS

Em que pese sentença condenar ao pagamento de despesas médicas e hospitalares **esta** não merece prosperar, sendo certo que a parte autora não comprovou nos autos O ALEGADO DESEMBOLSO **NO RESPECTIVO VALOR, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE NOTAS FISCAIS E RECEITUÁRIOS MÉDICOS.**

Pelo contrário, a documentação acostada aos autos demonstra a inexistência de tais comprovantes de desembolso por despesas médicas, eis que ausente qualquer documento com fins tributários e fiscais nos valores mencionados.

IMPORTANTE CONSIGNAR QUE QUALQUER documento apresentado, deve possuir fins fiscais e tributários, não sendo acolhido recibo do tipo manuscrito, sem a prova do desembolso (extratos bancários comprovando a retirada do valor, fatura de cartão de crédito com demonstrativo do estabelecimento, a exemplo: farmácia e receituário), pois documentos diversão não comprovam o desembolso realizado se tratando de documentos facilmente produzidos, sendo manuscritos sem qualquer valor fiscal.

Ademais a autora poderia comprovar o alegado mediante a apresentação do receituário e o pagamento correspondente, seja por dinheiro, cheque, seja através de débito automático em sua conta bancária, mas demonstrando o valor eventualmente debitado e todos os meios citados, sempre demonstrando a nota fiscal correspondente ao valor desembolsado. Não tendo sido comprovado o alegado desembolso por supostas despesas médicas, não há outra conclusão a presente lide, senão pela improcedência da ação.

Corroborar com o exposto a jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça, *in verbis*:

0183010-98.2007.8.19.0001 - APELACAO - 1ª Ementa

DES. MARIA AUGUSTA VAZ - Julgamento: 26/07/2010 - PRIMEIRA CAMARA CIVEL

DECISÃO MONOCRÁTICA. AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. PAGAMENTO DE SEGURO OBRIGATÓRIO. INVALIDEZ PERMANENTE. APLICAÇÃO DA LEI Nº 6.174/76 COM A REDAÇÃO DA LEI Nº 8.441/92. INDENIZAÇÃO JÁ RECEBIDA. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. SENTENÇA MANTIDA. A indenização a ser paga ao autor deve corresponder à determinação expressa contida no artigo 3º, alínea "a", da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, considerando-se a invalidez permanente que foi efetivamente demonstrada no laudo do perito do juízo. Restou demonstrado nos autos que o autor/apelante já recebeu o montante devido pelo seguro DPVAT, não se sustentando a alegação de que ainda resta saldo a receber. O autor já recebeu, em 20.04.06, o valor de R\$2.021,92, e posteriormente, em 20.10.06, o valor de R\$1.347,95 que, muito embora alegue ser referente às despesas de assistência médicas, na verdade se refere à complementação da diferença sobre o valor anteriormente pago pela ré. O reembolso das despesas de assistência médicas foi pago através de crédito em conta corrente da Fundação Dr. João Barcellos Martins - Hospital Ferreira Machado, conforme informado pela ré em contestação. Ademais, mesmo que estas não tivessem sido pagas, não seriam devidas visto que não foram comprovadas tais despesas nestes autos. Como bem salientou a sentença, já tendo o autor/apelante recebido R\$3.369,87, e considerando que, em tais ocasiões, o salário mínimo era de R\$350,00, tem-se

que não há valor remanescente a receber, eis que 20% de 40 salários mínimos na época correspondia a R\$2.800,00. Ante o exposto, nos termos do artigo 557, caput, do CPC, nega-se seguimento à apelação, mantendo-se a sentença in totum.

0240341-04.2008.8.19.0001 - APELACAO - 1ª Ementa

DES. ELTON LEME - Julgamento: 17/06/2010 - SEXTA CAMARA CIVEL

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. PAGAMENTO DE SEGURO OBRIGATÓRIO. INVALIDEZ PERMANENTE. APLICAÇÃO DA LEI Nº 11.482/2007. PRELIMINARES DE AUSÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR E CARÊNCIA DE AÇÃO. REJEIÇÃO. INVALIDEZ PERMANENTE. **REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS (DAMS). NECESSIDADE DE VINCULAÇÃO DAS DESPESAS COM O TRATAMENTO DA VÍTIMA.** 1. Preliminar de ausência de interesse de agir rejeitada, tendo em conta que se afigura presente, na hipótese, o binômio necessidade-utilidade, evidenciado o interesse do autor no recebimento de indenização, com base no disposto na Lei nº 11.482/2007, inexistindo obrigação de prévio requerimento administrativo como condição para a parte buscar a prestação jurisdicional específica. 2. Afasta-se, também, a carência de ação, pois para que seja devida a indenização proveniente do seguro DPVAT, necessário se faz a prova, ainda que mínima, que o evento danoso tenha decorrido exclusivamente de acidente automobilístico. Todavia, não se exige que tal comprovação seja feita apenas por meio do Boletim de Ocorrência, não sendo este documento indispensável à propositura da ação. 3. A Lei 6.194/74, em seu art. 5º, prevê reembolso pelas despesas médicas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente. 4. **Ausência de comprovação de que todos os recibos anexados pelo demandante se referem a despesas decorrentes de seu tratamento em virtude do acidente.** Nota fiscal que aponta o nome de outra pessoa, que não o autor, como beneficiário dos serviços. 5. Reforma parcial da sentença apenas para retificar o valor arbitrado a título de reembolso pelas despesas com assistência médica e suplementares. 6. Provimento parcial do recurso, com aplicação do art. 557, § 1º-A, do CPC.

0012382-52.2007.8.19.0203 (2009.001.01394) - APELACAO - 1ª Ementa

DES. ANA MARIA OLIVEIRA - Julgamento: 17/02/2009 - OITAVA CAMARA CIVEL

Ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT - decorrente de invalidez total permanente após acidente automobilístico, incluindo o reembolso das despesas médicas e tratamentos. Sentença de procedência, condenada a Ré ao pagamento das verbas de R\$ 15.200,00 e R\$ 2.800,00, respectivamente, acrescidas de juros e correção monetária. Apelação da seguradora. Laudo do IML conclusivo quanto à incapacidade permanente do Apelado, o que foi confirmado na prova técnica realizada no curso da ação que constatou incapacidade total permanente. **Despesas médicas efetuadas demonstradas através de notas fiscais, além de ter sido comprovada na perícia médica a necessidade de uso contínuo de fraldas e medicamentos específicos.** Indenização cujo valor deve observar os artigos 3º, alíneas b e c e 5º, § 1º da Lei 6.194/74, com a redação que lhe foi dada pela Lei 8.441/92, que não comporta redução pela via de resolução administrativa. Adoção do salário mínimo como parâmetro para fixação da indenização que não ofende o artigo 7º, inciso IV da Constituição Federal, não tendo sido imposta correção em duplicidade por ter sido a indenização estabelecida em moeda corrente, com base no salário mínimo vigente à época da sentença, a qual deve ser

corrigida monetariamente a partir de sua publicação, possibilitando a preservação do poder aquisitivo da moeda. Provimento parcial da apelação.

Portanto, requer a improcedência do pedido de condenação da ré a título de reembolso por despesas médicas e hospitalares que pretende a parte autora receber, face a ausência de comprovantes fiscais e tributários acompanhados dos receituários médicos, referente aos supostos gastos alegados na peça vestibular, sendo certo que os documentos apresentados, não possuem qualquer valor fiscal, pugnando pela improcedência do pedido, na forma do art. 269, I do Código de Processo Civil.

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:

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

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 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 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 positividade 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, conseqüentemente, 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 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**

² “Dicionário de Vocábulos Jurídicos”, de Plácido e Silva, 3ª ed., Editora Forense, p. 815.
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

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 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, compelir-se 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.

Idêntica observação é feita por ALESSANDRO OCTAVIANI⁵, intitulado “Uma 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 ínsita 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 a Autora.

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

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

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

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

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 4246-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado SUELIO MOREIRA TORRES, inscrito na 15477 - OAB/PB, os poderes que lhes foram conferidos por **LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SOSTENES FELISBERTO DA SILVA**, em curso perante a **1ª JEC** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08047783020198152003.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819