



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE PAULISTA/PE

Processo n.º 00030434120208173090

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 **JOSE RIBAMAR PEREIRA AMORIM**, 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.

Cumpre esclarecer, que, em nenhum momento a parte autora requereu o pagamento, através da via administrativa, intentando imediatamente na via judicial, restando, portanto, carecedora do direito de ação, haja vista a ausência do 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.

DA AUSÊNCIA DENEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO DO MEMBRO SUPERIOR E O SINISTRO

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

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

Conforme se extrai dos documentos médicos acostados, inexiste qualquer comprovação de que a lesão do membro superior tenha sido sofrida em razão do acidente.

Segundo os boletins de atendimento a vítima foi atendida em razão do acidente teria lesionado o MEMBRO INFERIOR DIREITO (MID):

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE ADMITIDO VINDO DA EMERGÊNCIA COM HD-FRATURA DE TÍBIA D⁺, NO MOMENTO SEM QUEIXAS, NEGA ALERGIAS E REFERE HÁS E DM FAZENDO USO DE LOSARTANA/GLIFAGE, AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL (36°), NORMOCORADO, ACANÓTICO, HIPERTENSO (150X100mmHg), PELE INTEGRA, COM AVP, EM DIETA POR VO, COM ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO, COM ELIMINAÇÕES PRESENTES (SIC), SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Todos os procedimentos, inclusive, operatórios apontam apenas a pensa direita:

CONDUTA DE ALTA:	
MOTIVO DA ALTA:	ALTA CURADA
PROCEDIMENTO DE ALTA:	PRODUTIVIDADE DE INTERNAMENTO
OBSERVAÇÃO DE ALTA:	ORTOPEDIA: MA: ISAIAS FERNANDES
HD: 2ºDPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA	
PACIENTE EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, NEGA NOVAS QUEIXAS OU FEBRE NAS ÚLTIMAS 24H	
EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADO, CORADO.	
F.O. LIMPA SECA	
NEUROVASCULAR NORMAL	
FRATURA SUPRACITADA TRATADA	

Cumpre registrar, que, a única referência ao membro superior ocorre em um formulário sem data, que não é hábil a comprovar lesão advinda do sinistro.

Em verdade, inexiste documento da data do fato, nem de data próxima que aponte a lesão do membro superior ou procedimentos a ele relacionados.

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

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

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os boletins e relatórios médicos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Mister destacar, ao ilustre Magistrado, a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ¹.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que por certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Na remota hipótese de se se entender pelo nexo causal entre a lesão do membro superior e o sinistro, vale observar o que prevê a legislação.

A tabela dispõe quando houver mais de uma invalidez e forem correspondentes a dois membros superiores, inferiores, ou um e o outro:

ANEXO 1
TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00

Neste caso, sendo os percentuais distintos, teremos 75% da invalidez do membro inferior direito e 50% do membro superior direito, totalizando 125%, que deverá ser dividido obtendo-se a média, resultando em 62,50%.

¹**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Assim, na remota hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o enquadramento da invalidez conforme seguimento corporal acometido, bem como o grau de repercussão indicado pelo expert, em pleno atendimento à Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Ademais, cumpre esclarecer, em relação ao pedido de reembolso de despesas médicas, que, a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem resarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que "*A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito*" conclui-se que a expressão "até" delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um "limite de cobertura" inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida 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.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PAULISTA, 10 de agosto de 2021.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**