

col

DI. 13
MOGI GUAÇU
FLS. 1279

JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
Henrique A. F. Motta
Fabio João Soito
Pedro Henrique Bandeira Sousa
Daniela Usiglio Pereira
Karoline Matiaia da Silva
Claudia Rodrigues Moia
Rachel Miranda Rosenberg
Daniela Raposo de Souza
João Paulo Ribeiro Martins
Fabiana Costa Maranhão

my

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA JUDICIAL DA COMARCA DE
ESPÍRITO SANTO DO PINHAL/ SP

Ordem nº 87/2008

NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A, empresa seguradora com sede na Rua Vergueiro, 7213/7217 - Ipiranga, São Paulo - SP, inscrita no CNPJ sob o nº 85. 031.334/0001-85,, que neste ato representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IRMANDADE DO HOSPITAL "FRANCISCO ROSAS"**, neste ato representada por seu provedor **LAERCIO CASALECCHI**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., com fulcro nos artigos 300 e seguintes da Lei Adjetiva Civil, e, demais cominações legais pertinentes à espécie, apresentar sua

C O N T E S T A Ç Ã O

consoante as razões de fato e de direito que passa a expor:

DOS FATOS

Alega o Autor em sua peça vestibular que, as pessoas, **RODRIGO ERVILHA COLOZZA, MARIA LUCIA DE CASTRO, CARLOS ALBERTO ALVES DA SILVA, PAULO AIRES ONORIO RODRIGUES, MARIA APARECIDA DE CARVALHO PAULA, FRANCISCO DONISETE MENDES, LUZIA SASSARON RIZZO, WILLIAM RODRIGO DA SILVA, JOÃO PEDRO AVIER LORDI, SEBATIÃO HENRIQUE FILHO, MANOEL DE PAULA MELCHIADES NETO, PAULO HENRIQUE LINO, ROBERTO DONIZETE PINTO, REGINALDO MACHADO, PRISCILA SIMÃO BIAZOTO, VALDEMAR MOREAL JUNIOR, LUIZ ALEXANDRE DA SILVA, DANILO BUENO DE MORAES, ANDRÉIA DE CÁSSIA MORETI, EDSON RAMOS DIAS, ELIZABETE ORMASTRONI SUFFI, LUCAS**

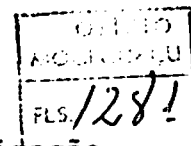
HOLAND DOS SANTOS, JOSÉ ROBERTO BORGUEZ, JODENEI ADRIANO DE ALMEIDA LEITE, CELSO ANTONIO DOS SANTOS, ELENILSON SILVA ROCHA, RICARDO EVANGELISTA GONÇALVES, WELLINGTON LUIS DA SILVA, DÉBORA CRISTINA PEREIRA BERNARDO, EDEMILÇO SOARES DA CONCEIÇÃO, EVERTON LEONARDI DE PAULA, JEAN PHILIP CABRAL DA COSTA, DANIELE PATRICIA MORONI, EDILSON EBER ELÍDIO, JOSÉ HONORATO DOS REIS, PAULA ADRIANA SALLIM, DANILO FERRARI DOS SANTOS, JOSEMAR DA SILVA PAULA, ANTONIO WESLEY AQUINO DA COSTA, SAULA RAPHAEL SOSSAI, HOSANA MARTINS GONÇALVES DOS SANTOS, JUBERT DE FREITAS PERUFO, ALEXANDRE DE BRITO ARAÚJO, FRANCISCO RODRIGUES, ILZA BENEDITA FRANCO, JOSÉ MANOEL HENRIQUE, VANDERLEI RAMOS FERRAZ, ADAUTO APARECIDO COGO GOMES, WELLINGTON RICARDO INACIO LUIZ, ADRIANO CUSTODIO DA SILVA, EDMUNDO DA COSTA BARBOSA, PEDRO CHAVES DE OLIVEIRA, APARECIDO ANTONIO FRATIA, ANA PAULA SABINO, GHABLER EVARISTO, DANIEL LEOPOLDINO ROCHA, LUIS EDUARDO STEFANO BIANCHINI, ARTHUR CAMARA PEREIRA, MOACIR ALESSANDRO TURATI, WILLIAN BORGES MODESTO DE SOUZA, ROBSON LUIZ ANSANI, LUCIANO ZUCHERATO, VAGNER CRISTINO FERREIRA, BRUNO AUGUSTO FERRARI DE OLIVEIRA, APARECIDO GONÇALVES, IVAN BECALETE MONICI DOS SANTOS, AIRTON CESAR PEREIRA, VAGNER FERREIRA BENEDITO ANDRÉ, DIEGO DE LIMA SOUZA, ANTONIO MARCOS PINTO, JOÃO ACACIO DOS SANTOS, MARCOS RODRIGUES DE JESUS, ADRIANO BUCHELI, DIEGO FERREIRA DE SILVA, ANTONIO GUEDIN JUNIOR, CRISTIANO ALMEIDA, FRANCISCO GONÇALVES ALMEIDA, ALZIRO TEODORO, FRANCK DE LIMA, WAGNER HONORIO FERREIRA, BRUNO FRANCISCO SOSSAI TEODORO, TACIANA KENNEL, CAMILLA CYCIELA VICENTE foram vítimas de acidente automobilístico, que ocasionou diversas lesões, tendo sido assistidas pelo Autor, requerendo, por isto, o ressarcimento destas.

Desta maneira, o Autor entendendo encontrar-se de posse de todos os documentos necessários à regulação do sinistro, realizou pedido administrativo referente ao valor da indenização correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos - DPVAT, junto à Ré.

Busca assim, as barras do poder Judiciário para pleitear a verba indenizatória do Seguro DPVAT, requerendo, equivocadamente, a condenação da Ré, ao pagamento do valor, no importe de R\$ 15.763,39 (Quinze mil setecentos e setenta e três reais e trinta e nove centavos).

Segue assim a Ré com suas argumentações.

DA REALIDADE DOS FATOS



Embora o Autor afirme fazer jus ao recebimento da indenização referente ao seguro DPVAT, não comprovou nos autos, através da documentação, suas alegações.

Além disso, não foram carreados aos autos RECIBOS DOS SUPOSTOS GASTOS COM DESPESAS MÉDICAS, mas simplesmente tela de computador, produzidas pelo próprio Autor.

ORA EXCELENCIA, DESTA FORMA ESTÁ SENDO FERIDO DISPOSITIVO LEGAL, O QUE DEFINITIVAMENTE NÃO MERECE PROSPERAR!

O disposto no art. 5º, §1º, "b", da Lei 6.194/74 é de clareza cristalina, ao afirmar:

"Art. 5º. (...)

§1º (...)

b) PROVAS das despesas efetuadas pela vítima com seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente E REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE - no caso de danos pessoais." (g.n.).

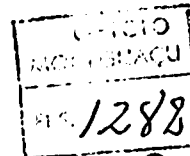
Ademais, temos que o Autor SEQUER COMPROVA o efetivo desembolso das despesas pleiteadas, não merecendo assim acolhimento sua pretensão descabida.

Ademais, cumpre salientar que o valor **MÁXIMO** de indenização nos casos de Despesas de Assistência Médica e Suplementar, conforme a Lei 11.482/07 é a monta de R\$ 2.700,00 (Dois mil e setecentos reais).

Verifica-se, desta forma, que o Autor faz pedidos **TOTALMENTE DESCABIDOS**, o que não merece prosperar!

Desta forma, acredita a Ré estar fadada a presente ação ao insucesso.

PRELIMINARMENTE



DA ILEGITIMIDADE AD CAUSAM NO PÓLO PASSIVO DA PRESENTE DEMANDA

- AUSÊNCIA DE CELEBRAÇÃO DE CONTRATO ENTRE A AUTORA E A RÉ -

Inicialmente, cumpre salientar brilhante entendimento do Nobre Magistrado da 8ª Vara Cível desta Comarca, Dr. PAULO ROBERTO ZAIDAN MALUF, no que tange à matéria em tela. Vejamos:

"A ré COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS não é parte legítima para figurar no pólo passivo desta ação, eis que não assumiu qualquer obrigação contratual com a autora SANTA CASA. Dispõe o artigo 1.432 do Código Civil: 'Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato'.

No presente caso, a ré COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS não celebrou qualquer contrato com a SANTA CASA, não assumiu obrigações, bem como não pode ser compelida ao pagamento de seguro (...).

Por fim, anote-se que a relação contratual se deu entre a autora e as diversas vítimas de acidente de trânsito, ao passo que o DPVAT não prevê pagamento de indenização para terceiros, nem mesmo com cessão de direitos, (...).

Em razão do reconhecimento da ilegitimidade passiva para a causa e ausência de documentos indispensáveis à propositura da ação, deixo de tecer comentário acerca das demais preliminares e sobre o mérito da causa. ANTE O EXPOSTO, com fundamento no artigo 267, inciso VI, do Código de Processo Civil, JULGO EXTINTO o feito.

(...)." (g.n.).

Verifica-se através de simples análise do julgamento supra, que o Nobre Juiz encontra-se em consonância com a realidade dos fatos.

Tem-se que o Autor se furta de trazer a colação documentos imprescindíveis para a presente demanda, tecendo pleitos

totalmente descabidos, tentando enriquecer ilicitamente às expensas da ora Contestante, o que não pode prosperar.

Verifica-se que a Ré não é parte legítima para figurar na presente demanda.

Devem os reais beneficiários, ou seja, os sinistrados, pleitear verba eventualmente devida aos mesmos para que, de tal forma, possa o Autor se utilizar de Ação de Regresso para ver os valores desembolsados ressarcidos.

Portanto, merece a presente demanda ser extinta sem resolução de mérito, em prosseguimento ao brilhante entendimento do Eminentíssimo Magistrado da 8ª Vara Cível, a luz do art. 267, VI, do Código de Processo Civil.

**CARÊNCIA DE AÇÃO - AUSÊNCIA DE REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO
POLICIAL COMPETENTE**

**DESCUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO ART. 5º, §1º, "B" DA
LEI 6.194/74**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelas despesas de assistência médica e hospitalar arcadas.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR A IMPERIOSA NECESSIDADE DA VERIFICAÇÃO DOS FATOS ALEGADOS NA EXORDIAL, FACE AS DETERMINAÇÕES LEGAIS PERTINENTES À ESPÉCIE.

É DE CORRENTE SABENÇA QUE DEVE SER VERIFICADA COM EXTREMA CAUTELA SE O AUTOR CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, o parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74, estabelece *in verbis*:

"Art. 5º. (...)

§1º (...)

b) **PROVAS** das despesas efetuadas pela vítima com seu atendimento por hospital, ambulatório

P.L.S. 1284

ou médico assistente E REGISTRO DA
OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL
COMPETENTE - NO CASO DE DANOS
PESSOAIS." (g.n.).

Neste diapasão objetivado, temos que o Autor deveria, sob pena de extinção do feito, apresentar o REGISTRO DA OCORRÊNCIA POLICIAL e PROVAS DO EFETIVO DESEMBOLSO DAS DESPESAS ALEGADAS.

Porém, no caso em tela, temos que o Autor não juntou aos autos do processo em epígrafe registro de ocorrência policial competente, como leciona a Lei supracitada, não podendo então comprovar a ocorrência dos supostos acidentes automobilísticos alegados.

Ressalte-se que o documento em questão, exigido pela Lei supracitada, é imprescindível para o deslinde da presente demanda, tendo em vista que as lesões sofridas pelas vítimas podem ser decorrentes de qualquer tipo de acidente, que não automobilísticos.

Ora Aclarado Julgador, é notório que o Autor não juntou aos autos da presente demanda boletim de ocorrência, para todos os casos, motivo pelo qual merece a presente demanda seja julgada extinta na forma do art. 267, inciso IV, da Lei Adjetiva Civil.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO - COMPROVANTE DE DESPESAS MÉDICAS VÁLIDOS PARA MAJORAR VALOR DA INDENIZAÇÃO

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 dos acidentes automobilístico noticiados.

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

Com efeito, reitera a Ré que 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"

011 12
1008 2002
FLS. 1285

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.

Temos que no presente caso, há de se **VERIFICAR** se os supostos comprovantes juntados pelo Autor **TEM VALIDADE PARA O PRESENTE CASO**, visto que é indispensável se há comprovação de recolhimento de imposto ou ainda, **sequer faz menção ser consequência de acidente de trânsito**.

Ademais, há de se verificar se nos referidos documentos existe qualquer autenticação mecânica que comprove sua validade, ou assinatura por parte da vítima; ou se trata meramente de documento impresso por computador, que pode ser criado em qualquer lugar por qualquer um.

Dispõe a Lei nº 6.194/74, no seu art. 3º, alínea "c", 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:

(...)

c) 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.)

Ora Exa., as Seguradoras efetuam o ressarcimento após análise meticulosa da documentação apresentada pelo Requerente, sendo certo que o pagamento deve estar em perfeita consonância com os gastos realizados.

Desta forma, a Ré requer que, tendo em vista a total ausência da documentação necessária para ressarcimento, que V. Exa. se digne a julgar extinta sem resolução de mérito a demanda, na forma do art. 267, inciso IV, da Lei Adjetiva Civil.

PROCESSO
1286
FLS. 1286

NO MÉRITO

Inicialmente, cumpre destacar que a presente demanda esta destinada à improcedencia, tendo em vista que o Autor carece de documentos e fatos para embasar seu descabido pedido.

Desta forma, a Ré adentra ao mérito apenas por amor ao debate, confiante que V. Exa. se dignará a acolher as teses preliminares suscitadas.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada para Lei 8.441/92. Estas leis determinam que deva existir nexo de causalidade e efeito entre as lesões sofridas e o acidente noticiado para que o Autor tenha direito a percepção da verba indenitária.

Temos, no caso em tela, que não há qualquer documento colacionado aos autos que comprove que as lesões sofridas pelas vítimas, tenham sido geradas em decorrência dos acidentes narrados na peça exordial.

Resta claro, pelos fatos narrados na peça inaugural, que não existe comprovação cabal das lesões sofridas pelos sinistrados em decorrência dos acidentes noticiados, o que deveria por determinação legal, ser apresentado através do registro da ocorrência.

Cumpre destacar que o Autor não juntou aos Autos o registro de ocorrência policial, não podendo assim comprovar a ocorrência dos acidentes automobilísticos narrados na exordial e tampouco o nexo de causalidade entre as lesões sofridas e os supostos acidentes alegados.

A jurisprudência, por seu turno, imputa o ônus probatório aos Autores, quanto à demonstração do nexo causal, conforme se verifica das seguintes ementas:

" A prova do nexo de causalidade é do autor" (TJRJ-8ª Cam. Ap. Rel. Dourado de Gusmão- j. 22.3.83- RT 573/202)

Portanto, como não há nexo causalidade e efeito entre as lesões sofridas pelas vítimas, e os acidentes noticiados, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 269 da Lei Adjetiva Civil.

Na remota hipótese de ultrapassadas as fortes argumentações suscitadas, prosseguimos ainda atacando o meritum causae.

FLS 1287

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

my

Em prosseguimento, tem-se que a Lei nº 6.194/74 dispõe, no seu art. 3º, alínea "c", 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:

(...)

c) 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 BARBI¹¹¹ 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 6.194/74 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 6.194/74 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.

1289
my

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 6.194/74, 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.

PLS. 1290

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

prévio¹⁴¹. 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.

FLS. 1291
my

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
vigorante na data do acidente" (sic).

1292
m

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 Unico 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" "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 VIVANTE³¹³, "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.

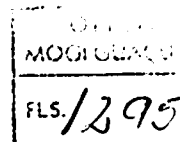
Da mesma forma, MARIA DEL CARMEN NUNEZ LOZANO, ao comentar a Lei de Seguros espanhola⁴⁴⁴, assinala que o controle financeiro das Seguradoras adquire um protagonismo indiscutível, que se erige a peça básica e fundamental da intervenção exercida pelo Estado sobre a atividade seguradora! A nosso ver, foge 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 OCTAVIANI^{215j}, 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 insita à atividade das Seguradoras, que é a de manter extremada diligência na gestão do referido fundo.

RESSALTE-SE AINDA QUE NÃO EXISTE NOS AUTOS PRESCRICAO MÉDICA INDICANDO A NECESSIDADE DA COMPRA DOS MEDICAMENTOS, MERECENDO A PRESENTE DEMANDA SER JULGADA TOTALMENTE IMPROCEDENTE!!!

DA PLENA VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07



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.

(...)."

Mediante tal fato, ou seja, a plena vigência da Lei 11.482/07, é notório que não existe possibilidade de se vincular a indenização ao salário mínimo.

Isto se dá pelo fato que a referida Lei 11.482/07 ALTEROU a Lei 6.194/74, portanto, os valores nela especificados merecem o devido acolhimento.

REITERA A RÊ, PORTANTO, QUE O ARTIGO 3º, ALÍNEA "C", DA LEI N.º 6.194/74 NÃO SE APLICA À HIPÓTESE VERTENTE, SEJA PORQUE NÃO ESTÁ MAIS EM VIGOR.

Assim não há que se cogitar de indenização no valor equivalente a 40 (quarenta) salários mínimos para pagamento do

seguro DPVAT, vez que tal especificação encontra-se **REVOGADA** pela **Lei 11.482/07**.

Portanto, resta claro que a vinculação da indenização ao salário mínimo é totalmente descabida, motivo pelo qual requer que sejam observados os valores expostos na referida **Lei 11.482/07**, no caso de condenação da Ré.

DA TOTAL IMPROCEDENCIA DA PRESENTE DEMANDA

DO CONVENIO DO AUTOR COM O SISTEMA ÚNICO DE SAUDE - S.U.S.

Permissa data vênia, vem a Ré esclarecer ponto de altíssima pertinência, no que tange ao caso em tela, para que não reste duvida quanto ao suposto direito do Autor de receber, frente a Ré, suposta indenização devida.

Cumpre ressaltar que os extratos apresentados nos documentos de fls. **carecem de qualquer fundamento legal e técnico**, pois além de ultrapassar o determinado na Resolução n.º 138/2005 do CNSP, **não apresentam qualquer autenticação mecânica que comprove sua validade, ou assinatura por parte da vítima** e mais, tratam-se meramente de documentos impressos em computador, podendo ter sido criados por qualquer pessoa.

Ademais, o Autor não comprova de forma transparente os gastos que acha ter direito do reembolso, o que é requisitado **POR LEI**.

E de mais a mais, como explanado na sua exordial, mantém convenio com o S.U.S. (Sistema Único de Saúde), podendo este reembolso ser solicitado a tal órgão.

Vale ressaltar que 45% (quarenta e cinco por cento) da arrecadação do Seguro DPVAT, **É REPASSADO PARA O S.U.S.**, sendo que o Autor é beneficiário do Sistema Único de Saúde, pois mantém convênio com o mesmo, assim tal verba é disponibilizada para o atendimento de casos como este em tela.

As sociedades seguradoras, conforme exaustivamente noticiado, são alvo das mais diversas formas de fraude, principalmente no seguro DPVAT, que tem finalidade social, quando lembramos que, da receita de prêmios arrecadados, **APENAS A METADE SE DESTINA A FAZER FACE ÀS OPERAÇÕES DAS SEGURADORAS, ENQUANTO QUE A OUTRA METADE É RESERVADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (45%) E AO DENATRAN (5%)**.

Ora Aclarado Julgador, novo pagamento caracterizaria indiscutivelmente um **BIS IN IDEM**, POIS O VALOR PLEITEADO JÁ FOI PAGO, conforme ora explanado!!

Portanto, deve o Autor direcionar-se ao S.U.S. para receber verba que lhe é devida, caso exista tal verba, vez que o mesmo já recolheu o valor devido.

Por fim, **requer que a presente ação seja julgada totalmente improcedente**, pela inquestionável razão de já ter cumprido sua obrigação, consoante comprovou inequivocamente, a luz do art. 269, I, do Código de Processo Civil.

DOS JUROS E 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, que se incida correção monetária a partir do ajuizamento da ação e tendo em 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.

Há de se ressaltar que o Autor é beneficiário da Justiça Gratuita, haja vista a Lei 1.060/50.

Porém, o mesmo dispositivo legal determina que no caso de vencedor o beneficiário da Justiça Gratuita, ou seja, no caso em tela, o Autor, 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, requer a extinção do feito sem resolução do mérito, tendo em vista as preliminares suscitadas, quais sejam:

- (I) A ilegitimidade ad causam no pólo passivo da presente demanda, em prosseguimento ao brilhante entendimento do Eminentíssimo Magistrado da 8ª Vara Cível;
- (II) A ausência de boletim de ocorrência, que é requisito específico da Lei 6.194/74, em seu art. 5º, §1º, 'b';
- (III) A ausência de comprovantes válidos de DESEMBOLSO realizado pelo Autor, certo de que os documentos acostados não têm qualquer validade, por não apresentar qualquer autenticação mecânica que comprove sua validade, ou assinatura por parte da vítima e mais, tratam-se meramente de documentos impressos em computador, podendo ter sido criados

por qualquer pessoa, com fulcro no artigo 267, IV e VI, da Lei Adjetiva Civil.

Caso ultrapassado aguarda-se, serenamente, pela improcedência da ação, tendo a Ré demonstrado o total descabimento de indenização, pelo que requer seja a demanda ao final julgada **TOTALMENTE IMPROCEDENTE**, haja vista:

- (IV) **Falta de nexo de causalidade** entre as lesões sofridas pelas vítimas e os acidentes noticiados, com fulcro no art. 269, I, do Código de Processo Civil;
- (V) **Ausência nos autos prescrição médica**, indicando a necessidade da compra dos medicamentos, o que por si só, é motivo para que a presente demanda seja julgada totalmente improcedente;
- (VI) **O fato da Ré já ter cumprido sua obrigação**, consoante comprovou inequivocamente, vez que metade do recolhimento efetuado pelas Seguradoras, são direcionados ao **DENATRAN (5%)** e ao **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S., COM O QUAL O AUTOR MANTEM CONVENIO**, e deve o mesmo se direcionar o S.U.S. para recebimento de verba devida, caso existente;
- (VII) **Todos, a luz do art. 269, I, do Código de Processo Civil** necessidade da utilização da tabela com julgamento de mérito, nos exatos termos do artigo 269, inciso I, 2ª parte do Código de Processo Civil.

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, que se incida correção monetária a partir do ajuizamento da ação e tendo em vista o esposado no §2º, do art. 1º da Lei 6.899/81, face aos argumentos suscitados na presente peça de bloqueio.

Ademais, os conceitos de Piso Salarial e de Salário Mínimo são distintos, não se confundem, e devem ser considerados diferentemente!! Nesta demanda, em caso de condenação, o Nobre Juízo, em considerando a hipótese remota de condenação em **Salários Mínimos**, deve observar o valor de **R\$ 380,00**.

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

Para fins do exposto no artigo 39, inciso I, do Código de Processo Civil, fornece-se o endereço da Rua Sete de Abril, 264 - 3º andar cj. 307, São Paulo, SP, tels: (11) 3255-9141, 3255-9141 e 3120-3253.

Por derradeiro, requer, ainda, a Contestante seja observado o nome do patrono CESAR GOMES CALILLE, OAB/SP 115.863, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.
Espírito Santo do Pinhal, 27 de Março de 2008.

João Barbosa
OAB/RJ 134.307

Henrique A F Motta
OAB/RJ 113.815

Fabio João Soito
OAB/RJ 114.089

Cesar Gomes Calille
OAB/SP 115.863

Eduardo Marconato
OAB/SP 216871