



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALMINO AFONSO/RN

Processo: 08001969320188205135

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA APARECIDA CAMARA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., **em apresentar ALEGAÇÕES FINAIS com fulcro no art. 364, § 2º do NCPC, o que faz consubstanciado nas razões que seguem abaixo, expondo para em seguida requerer:**

Aclarado Julgador, a Seguradora ré faz uso de suas **Alegações Finais** para trazer a vosso crivo a análise da presente demanda, bem como apresentar sucintamente suas considerações referentes às suas teses de defesa.

Trata-se de caso de suposta invalidez em que a parte Autora alega ser vítima de acidente de veículo automotor **ocorrido em 27/08/2017**, resultando assim invalidez permanente. Assim **na posse de todos os documentos** pleiteia em esfera judicial a indenização referente ao seguro DPVAT.

Ademais, a parte autora, instruiu sua exordial, sem refutar nenhum documento que possa corroborar com sua pretensão, pois deixa de demonstrar o percentual da invalidez que sustenta ser total, afrontando o disposto no art. 5º, § 5º da Lei 11.482/07.

Insta salientar, que a parte autora foi submetida a uma perícia em sede administrativa e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi concluído que a parte autora não apresentou nenhum tipo de limitação, ou seja, não apresentou nenhum tipo de sequela.

Ressalta-se, que após os trâmites processuais, o Nobre Magistrado, verificando a necessidade de novas provas, determinou a realização de perícia médica, a fim de demonstrar as supostas lesões suportadas pela parte Autora.

Sendo assim, foi nomeado perito e apresentados quesitos pelas partes, a fim de se apurar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Com a leitura do Laudo Pericial de fls., nota-se que este diagnosticou que o periciando, autor, restou com restou com invalidez parcial permanente funcional incompleta moderada (50%) em relação à lesão no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

CUMPRE ESCALRECER, **QUE O AUTOR JUNTOU O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**, DOCUMENTO ESTE QUE NÃO CONFIRMA SEQUELA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, E SIM NO JOELHO ESQUERDO, SENDO ASSIM, NÃO HÁ SEQUER PROVA DA ALEGADA INVALIDEZ PERMANENTE.

Verifica-se, que conforme os documentos médicos acostado pelo autor, foi constatado lesão no joelho esquerdo, e o i. Perito informa lesão no Membro inferior esquerdo, logo HÁ DISCORDÂNCIA, entre o laudo judicial apresentado e laudo médico acostado.

DOCUMENTO MÉDICO:

Paciente vítima de acidente (Automobilístico), apresentando dor e edema em joelho esquerdo.

HISTÓRIA Pac. deu entrada no serviço, vítima de acidente automobilístico (Moto). Apresentando dor e edema do joelho.

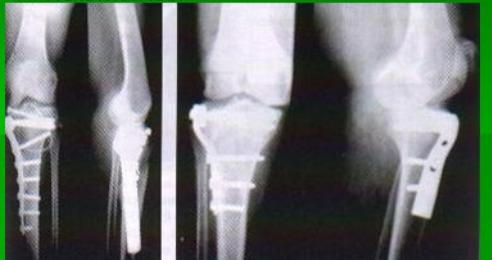
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

FRACTURA EPÍFISE PROXIMAL TIBIAL (Plato Tibial (2))

ATENT

FRATURAS DO JOELHO PLANALTO TIBIAL

- Tratamentos:



LAUDO PERICIAL:

Este laudo constata que o Membro Inferior Esquerdo (MIE) apresenta limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Dra. Letícia de Oliveira
MJC

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual.
1ª lesão MIE	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª lesão	
3ª lesão	

Cumpre esclarecer, que o perito não observou corretamente os parâmetros estabelecidos na tabela anexa da Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece os danos corporais em casos de invalidez, pois o expert graduou membro inferior esquerdo do autor e na tabela ora mencionada há indenização para perda anatômica e/ou funcional de qualquer um dos joelhos vejamos:

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					

Ora V.Exa., não é plausível que vítima venha apresentar lesões no membro inferior esquerdo de repercussão moderada (50%), sendo certo que o autor não comprova a lesão do membro inferior esquerdo e no laudo pericial o Perito, o autor não comprovou qualquer tratamento ou medicação em decorrência da lesão.

Cumpre elucidar, conforme já mencionado acima, o autor sofreu fratura no joelho esquerdo e não no membro inferior esquerdo como atesta o i. Perito.

Compreende-se, que nos autos não constam nenhuma documentação médica que comprove a lesão no membro superior direito e que a parte autora ficou em tratamento médico de 2017 até 2019.

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

Desta forma, **NÃO HÁ RAZOABILIDADE NO PAGAMENTO DE DESPESAS DE PROCEDIMENTOS NÃO PRESCRITOS OU QUE ULTRAPASSARAM O FOI DETERMINADO PELO MÉDICO, ALÉM DE COMPRA DE MEDICAMENTOS QUE EXCEDEM O QUE FOI PRESCRITO COMO ADEQUADO AO TRATAMENTO PELO PROFISSIONAL¹.**

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"

¹"ACORDAM os integrantes da Egrégia 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital conhecer do recurso por ser tempestivo e, à unanimidade de votos, dar-lhe provimento, nos termos do fundamentado voto oral da Relatora a seguir transcrito. [...]. Um tratamento fisioterapêutico, complementar que é, deve ser prescrito, indicado por médico, e não há essa indicação nos autos, especialmente para se ter a certeza que a terapia realmente enfrentou problema decorrente do acidente. Os próprios recibos são extremamente lacônicos porque não dizem nem mesmo a área ou membro tratado, apenas que o serviço foi prestado referente a um acidente automobilístico ocorrido em abril de 2011. Não há certeza sequer quanto à sequela do acidente, pois os documentos que trazem essa informação são todos resultados de declaração do próprio autor. Caso identificada a lesão de extreme de dúvida, ainda restaria saber se realmente foi ela a tratada pelos serviços de fisioterapia pagos pelo autor, pois os recibos não identificam. Apenas dizem que houve pagamento de serviço de fisioterapia relativa ao acidente. Nada obsta que o autor se apresenta a um profissional, apresente lesão e diga que foi consequência de um acidente, transferindo o respectivo profissional essa informação para o recibo. Por fim, ponto crucial é a falta de comprovação de indicação médica para a submissão do promovente à terapia em questão. Realmente assiste razão ao recorrente, não há nenhuma prova de nexo de causalidade entre a despesa e o acidente informados. Isto posto, voto pelo provimento do RI e reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente..." (TJPB, 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital, Recurso Inominado: 3003837-44.2014.815.2001 – 1º Juizado Especial Cível da Capital – Recorrente: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS)

É notório que os documentos acostados aos autos pelo Autor não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Salienta-se que as Notas fiscais no valor de R\$ 2.200,00 (dois e duzentos reais) e R\$ 900,00 (novecentos reais) não qualquer assinatura do emitido ou emitente, deixando dúvidas assim sobre a veracidade dos documentos.

Informa ainda que o recibo no valor de R\$ 3.800,00 (três mil oitocentos reais), não qualquer timbre da clínica ou instituto, o mesmo em uma folha em branco apenas declara que é referente a um procedimento cirúrgico, o mesmo não fornece maiores informações para um recibo de alto valor.

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos², face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do NCPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpre esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, expressamente estabelece que o pagamento da indenização securitária se condiciona que as despesas de assistência médica e suplementares a serem reembolsadas pelas Seguradoras estejam “devidamente comprovadas” 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”.

²“**AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS). AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SINISTRO E DE PARTE DAS DESPESAS APRESENTADAS.** Referiu o autor ter suportado despesas médicas superiores a R\$ 2.700,00 em decorrência de acidente de trânsito, ocorrido em 19-08-2012, razão pela qual pretende o reembolso a título de DPVAT-DAMS. O recorrente postulou o acréscimo de valores à indenização conferida aos gastos com a realização de terapia psicológica. Ausente o nexo de causalidade entre o sinistro e a despesa com o tratamento psicológico a que o autor foi submetido, pela ausência de prescrição específica nos autos, decorrentes exclusivamente do acidente, não há fundamento para a procedência do pedido feito pelo autor a este título.” SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71004895686, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Julgado em 13/08/2014)

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 guardem relação com as hipóteses supracitadas, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do CPC.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, requer a improcedência do pleito autoral, tendo em vista a total ausência de prova capaz de comprovar a lesão no membro inferior esquerdo e a total ausência de nexo de causalidade entre os gastos alegados e o acidente mencionado

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, em caso de eventual condenação esta não poderá ser superior ao percentual apontado no laudo pericial produzido de fls. nos termos do art. 485 I, do CPC, considerando a Ré ter total descabimento do pleito da parte Autora.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALMINO AFONSO, 16 de outubro de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN**