



Número: **0809364-75.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **04/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 37.614,18**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS (AUTOR)	ABEL ICARO MOURA MAIA registrado(a) civilmente como ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO) Adriano Clementino Barros (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78466 724	12/02/2022 11:39	Sentença	Sentença



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

[DPVAT]

Processo nº: 0809364-75.2019.8.20.5106

AUTOR: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

S E N T E N Ç A

I – RELATÓRIO

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT movida por KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS, qualificado nos autos, em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, igualmente qualificada.

Aduz, em suma, que no dia 30/03/2018 foi vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer lesões, o que lhe acarretou invalidez permanente.

Alega ainda que pleiteou indenização por invalidez permanente, bem como o ressarcimento das despesas de assistência médica e suplementares (DAMS) na via administrativa, mas teve seu pedido negado.

Muito embora alegado pelo autor a ausência de pagamento quanto ao ressarcimento das despesas de assistência médica e suplementares (DAMS), a parte ré comprovou que houve o pagamento no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), conforme ID nº 46424616 - Pág. 5.

Pugna, o autor ao final, pela condenação da ré no pagamento da indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, na importância a ser apurada em perícia judicial, bem como no ressarcimento das despesas de assistência médica e suplementares (DAMS), no montante de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais).

A petição inicial foi instruída com cópias do Boletim de Ocorrência do acidente de trânsito, ficha de atendimento médico, recibos, notas fiscais e comprovante de requerimento administrativo prévio.

No despacho de ID nº 44005455, foi concedido o benefício da gratuidade judiciária à parte autora.

Citada, a parte ré ofereceu contestação (ID nº) arguindo como preliminares: 1) carência da ação, diante da ausência do boletim de primeiro atendimento médico do autor; 2) inépcia da inicial, pela ausência de documento indispensável à propositura da demanda, qual seja, o laudo do Instituto Médico Legal – IML.

Ao final, pugnou pela acolhida da matéria processual preliminar e a consequente extinção do feito sem julgamento do mérito, ou, não sendo acolhida a matéria preliminar, que seja julgada improcedente a pretensão autoral.

Juntou cópias do procedimento administrativo ID nº 43964017.

Réplica a contestação ao ID nº 48225918.

Realizada perícia (ID nº 69909773), intimadas as partes sobre o laudo, o autor manifestou-se desfavoravelmente (ID nº 76915619) e o réu manifestou-se favoravelmente (ID nº 70956864).

Vieram os autos conclusos para julgamento.

É o relatório. Decido.

II – FUNDAMENTAÇÃO

De início, é necessário analisar as questões processuais, preliminares:

Da ausência do boletim de primeiro atendimento médico

Impende destacar que não merece prosperar a alegação da parte ré de que não há cobertura do seguro DPVAT no caso em tela, em razão da ausência de boletim do primeiro atendimento médico do autor.

No caso em questão, o Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul TJ-MS, em apelação cível, já manifestou-se:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT – BOLETIM DE OCORRÊNCIA CONTEMPORÂNEO À DATA DO SINISTRO – COMPROVAÇÃO SUFICIENTE DE NEXO DE CAUSALIDADE – PRONTUÁRIO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO – DESNECESSIDADE – RECURSO AL QUAL SE NEGA PROVIMENTO.

O boletim de ocorrência contemporâneo à data do acidente é prova suficiente da existência do sinistro e o nexo de causalidade, sendo desnecessária a juntada ao processo do prontuário do primeiro atendimento médico.

Logo, o fato de o autor não ter anexado cópia do primeiro boletim de atendimento médico não é motivo para que a seguradora conveniada deixe de fazer o pagamento referente à indenização diante de sequelas permanentes, tendo em vista que existem outros documentos aptos a comprovar o acidente.

Assim, deve ser afastada a preliminar em exame.

Inépcia da inicial ou Ausência de pressupostos processuais (Ausência de documento indispensável)

A Lei 6.194/74 não exige a relação de documentos mencionados pelo réu como pressuposto para ajuizamento da ação judicial, apenas quanto ao procedimento administrativo, ou seja, não constitui condição específica a juntada do Laudo do Instituto Médico Legal - IML junto com a petição inicial.

Ademais, é importante esclarecer que a ausência do laudo do Instituto Médico Legal-IML, não enseja a extinção do feito sem análise do mérito, uma vez que se admite em Juízo a ampla produção probatória, inclusive com a realização de perícia médica realizada por profissional habilitado e devidamente nomeado por este Juízo.

Assim sendo, rejeito a preliminar em exame.

Passo a análise do "*mérito causae*".

Do mérito

Tendo em vista a discussão proposta pela parte ré quanto a natureza da relação jurídica entre as partes sob o fundamento de que não se estaria diante de uma relação de consumo, há de ser observado que, de fato, a relação jurídica no caso dos autos não é consumerista.

A discussão visa o reconhecimento da distribuição equitativa e dinâmica do ônus, sem excepcionar a inversão como prevista no Código de Defesa do Consumidor.

Eis o entendimento do STJ:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO (DPVAT). OBRIGAÇÃO IMPOSTA POR LEI. AUSÊNCIA DE QUALQUER MARGEM DE DISCRICIONARIEDADE NO TOCANTE AO OFERECIMENTO E AS REGRAS DA INDENIZAÇÃO SECURITARIA PELAS RESPECTIVAS SEGURADORAS, NÃO HAVENDO SEQUER A OPÇÃO DE CONTRATAÇÃO, TAMPOUCO DE ESCOLHA DO FORNECEDOR E/OU DO PRODUTO PELO SEGURADO. INEXISTÊNCIA DE RELAÇÃO DE CONSUMO. IMPOSSIBILIDADE DE INVERSÃO DO ONUS DA PROVA COM BASE NO CODIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. RECURSO DESPROVIDO.

1. Diversamente do que se dá no âmbito da contratação de seguro facultativo, as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor não se aplicam ao seguro obrigatório (DPVAT). 1.1. Com efeito, em se tratando de obrigação imposta por lei, na qual não há acordo de vontade entre as partes, tampouco qualquer ingerência das seguradoras componentes do consórcio do seguro DPVAT nas regras atinentes a indenização securitária (extensão do seguro; hipóteses de cobertura; valores correspondentes; dentre outras), além de inexistir sequer a opção de contratação ou escolha do produto ou fornecedor pelo segurado, revela-se ausente relação consumerista na espécie, ainda que se valha das figuras equiparadas de consumidor dispostas na Lei n. 8.078/90. 2. Recurso especial desprovido. (REsp 1635398 / PR, RECURSO ESPECIAL, 2016/0284872-3, Ministro MARCO AURELIO BELLIZZE, T3 – Terceira Turma, julgado em 17/10/2017).

Firmada, portanto, a regra sobre o ônus da prova.

Boletim de Ocorrência

Alega a parte ré que a parte autora fez o registro do Boletim de Ocorrência em data divergente do acidente, e que por isso, a mesma não comprovou o nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez.

Quanto à data do registro do Boletim, a jurisprudência preleciona que a elaboração do mesmo em data posterior ao sinistro, não afasta, por si só, o direito à indenização do seguro DPVAT, se o acidente e o nexo de causalidade puderem ser constatados através de outros meios de prova. No caso em tela, o autor comprovou o acidente através de documentos médicos juntados em ID nº 48225920 - Pág. 1 -20. Não merecendo portanto, prosperar, a alegação da parte ré.

Pretende o autor receber a indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, decorrente de acidente com veículo automotor em que fora vítima, e que provocou lesões incapacitantes permanentes, encontrando essa pretensão amparo nos arts. 3º, § 1º, incisos I e II, e 5º da Lei 6.194, de 19.12.1974, com

a inovação da Lei nº 11.942/2009, vigente desde o dia 16.12.2008 (art. 33, IV, "a", do aludido diploma legal), e que se aplica para acidentes ocorridos antes e após a sua entrada em vigor, seguindo entendimento já sumulado (544) pelo egrégio Superior Tribunal de Justiça, a saber:

É válida a utilização de tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados para estabelecer a proporcionalidade da indenização do seguro DPVAT ao grau de invalidez também na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória n. 451/2008.

Assim, dispõem os aludidos dispositivos legais, *litteris*:

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; (...)

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

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

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

"Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".

Note-se que o art. 5º da Lei nº 6.194/1974 consagra a responsabilidade objetiva da companhia seguradora, posto que dispensa a comprovação da culpa para o pagamento da verba indenizatória postulada, exigindo apenas a prova do acidente (boletim de acidente ID nº 43963974) e do dano, este, consistindo nas lesões advindas do sinistro, as quais, no caso, não resultaram em incapacidade permanente do autor, mas apenas disfunções temporárias, conforme provado através do Laudo de ID nº 69909773, razão pela qual não cabe o recebimento da indenização pleiteada.

Entretanto, a parte autora não se conformou com o resultado do laudo, apresentando impugnação ao mesmo sob o fundamento de que os documentos anexados aos autos demonstram as lesões com sequelas permanentes. Requerendo ainda a designação de nova perícia.

O Seguro DPVAT visa indenizar as lesões com sequelas permanentes sofridas pela vítima do acidente. Entende-se como permanente as lesões consolidadas com o passar do tempo e, no caso em análise, passados quase 4 anos entre a data do acidente e a realização da perícia, a sequela permanente estaria aparente e seria constatada pelo perito, o que não ocorreu.

Assim, entendo que a perícia médica realizada no processo mostra-se adequada para o fim a que se destina. O *expert*, tem a capacidade técnica necessária para realizar a perícia ortopédica, não havendo necessidade de uma nova, o que torna o laudo produzido nos autos suficiente para a solução da controvérsia.

Em casos como o narrado nos presentes autos, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte decidiu nos seguintes termos:

Ementa: "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. PLEITO DE INDENIZAÇÃO. INVALIDEZ PERMANENTE NÃO DEMONSTRADA. LAUDO PERICIAL REALIZADO EM JUÍZO QUE CONCLUIU PELA INVALIDEZ PARCIAL TEMPORÁRIA, ATESTANDO A CONVALESCÊNCIA. DEVER DE INDENIZAR NÃO CONFIGURADO. APELO CONHECIDO E DESPROVIDO. - Havendo nos autos laudo pericial realizado em juízo atestando que não há invalidez permanente, inexistente o dever de indenizar, uma vez que não atendido o disposto no artigo 3.º, da Lei n.º 6.194/74." (3ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 2015.005069-2. Relator Desembargador Amílcar Maia. Julgado em 08/09/2015).

Prozada, portanto, que a lesão não foi definitiva, mas apenas temporária, inexistindo, assim o dever de indenizar.

Das despesas de assistência médica e suplementares (DAMS)

Determina o inciso III do art. 3º da Lei n. 6.194/1974 que a indenização por despesas de assistência médica e suplementares é de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) e será paga na forma de reembolso à própria vítima do acidente, mediante "prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente", conforme preceitua o art. 5º, § 1º, "b", da supracitada lei. Veja-se:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e

por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos):

(...)

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" (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).

(...)

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

(...) 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."

Logo, para receber o reembolso, deve a vítima comprovar o sinistro, através de simples prova do acidente automobilístico; as despesas médicas e hospitalares e, por fim, o nexo de causalidade. Frise-se que a lei não estabelece de forma taxativa os meios de comprovação das despesas médicas suportadas pelo segurado, de forma que estas devem ser apreciadas segundo o livre convencimento do julgador.

No caso em exame, a parte autora afirma ter contraído despesas médicas e suplementares decorrentes de serviços hospitalares para tratamento das lesões causadas pelo acidente de trânsito.

A comprovação dos desembolsos das despesas estão nos recibos e notas fiscais juntadas pela parte autora, cujas cópias estão no ID nº 43964009 - Pág. 1 - 3, demonstrando gastos de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), sendo, R\$ 5.200,00 (cinco mil e duzentos reais) referente à tratamento cirúrgico de fratura de zigoma esquerdo; R\$ 900,00 (novecentos reais) referente a anestesia; e R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) referente a auxílio de tratamento cirúrgico.

Nesse contexto, não resta dúvidas quanto ao nexo de causalidade entre as despesas suportadas pelo autor e as lesões decorrentes do sinistro.

Porém, a parte autora já fez o pagamento no teto máximo indenizável de DAMS, no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), conforme comprovado em ID nº 46424616 - Pág. 5. Não havendo o que se falar, portanto, em indenização.

III - DISPOSITIVO

Diante do exposto, JULGO IMPROCEDENTE o pedido de indenização complementar por invalidez formulado na inicial.

Outrossim, IMPROCEDENTE o pedido de indenização pelas despesas de assistência médica e suplementares (DAMS).

Isento a parte autora do pagamento das custas processuais, tendo em vista que a mesma é beneficiária da gratuidade judiciária.

Condeno-a ao pagamento de honorários advocatícios, os quais arbitro em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, em conformidade com o art. 85, §2º do CPC, restando tal obrigação suspensa, a teor do que dispõe o art. 98, §3º, do CPC.

Com o trânsito em julgado, preste-se as informações necessárias ao COJUD, para efeito de cálculo e cobrança de eventuais custas judiciais e archive-se.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Mossoró/RN, datado na data da assinatura eletrônica.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)