



**PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
7ª CÂMARA DE DIREITO PRIVADO**

**APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0048953-02.2019.8.19.0203
APELANTE: GILBERTO DA SILVA LIZARDO
APELADO 1: ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A
APELADO 2: VIA VAREJO S/A
JUÍZO DE ORIGEM: 4ª VARA REGIONAL CÍVEL DE
JACAREPAGUÁ
RELATOR: DES SÉRGIO WAJZENBERG**

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE
CAPITAL SEGURADO E INDENIZAÇÃO POR
DANOS MORAIS – SEGURO DE VIDA EM GRUPO
– INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE
TOTAL POR DOENÇA**

Cobertura restrita à incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado

Aposentadoria por invalidez previdenciária não equivale à invalidez funcional permanente total

Prova pericial indica que o autor mantém autonomia para atividades cotidianas básicas, inclusive laboral.

Sentença de improcedência mantida

Dano moral não configurado, inexistindo elementos que demonstrem abalo superior a mero dissabor

Custas e honorários mantidos.

RECURSO DESPROVIDO

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos do recurso nº 0048953-02.2019.8.19.0203, em que é recorrente GILBERTO DA SILVA LIZARDO e recorridos ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A e VIA VAREJO S/A

ACORDAM os Desembargadores que integram a Sétima Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, por unanimidade, em **NEGAR PROVIMENTO AO APELO DA PARTE AUTORA**, nos termos do voto do Relator.

RELATÓRIO

Trata-se de ação ajuizada por GILBERTO DA SILVA LIZARDO em face de ZURICH BRASIL SEGUROS S/A e VIA VAREJO S/A, visando a condenação da parte ré ao pagamento do capital segurado constante na apólice atual vinculada em nome do autor, além de valor atinente ao dano moral sofrido.

A r. sentença (id 961/966) julgou improcedentes os pedidos, nos seguintes termos:

“... Presentes os pressupostos de constituição e desenvolvimento válido e regular do processo, bem como as condições da ação, passo ao exame do mérito. A controvérsia discutida nos autos diz respeito a negativa de pagamento de indenização securitária ao autor em decorrência de invalidez permanente por doença funcional. Com efeito, o seguro é o contrato pelo qual o segurador se obriga mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados (art. 757 do Código Civil), sendo aplicáveis ainda as normas do CDC, visto que a relação jurídica se enquadra no conceito de relação de consumo. A responsabilidade da fornecedora de serviços é objetiva, portanto, independe de culpa, nos termos do art. 14 do CDC e só pode ser afastada se demonstrada a existência de uma das causas excludentes previstas no §3º do citado artigo. Apesar de a responsabilidade do prestador de serviço ser objetiva, cabe ao consumidor comprovar a ocorrência do fato, dano e nexo causal. Destacando-se que, em que pese ser presumidamente

vulnerável, não há como se afastar do consumidor o encargo de produzir prova mínima quanto aos fatos que alega, conforme disposto no art. 373, I, do CPC. É nesse sentido a súmula nº 330 deste Tribunal: "Os princípios facilitadores da defesa do consumidor em juízo, notadamente o da inversão do ônus da prova, não exoneram o autor do ônus de fazer, a seu encargo, prova mínima do fato constitutivo do alegado direito". Assim, uma vez pago pelo segurado o prêmio ajustado, a obrigação do segurador só surge quando e se sobrevier o acontecimento previsto no contrato, ou seja, se ocorrer o risco previsto. Tendo presente essa realidade, quando a apólice limitar ou particularizar os riscos do seguro, não responderá por outros o segurador. Na hipótese, conforme disposto no certificado individual de fls. 732/734, o seguro de vida em grupo no qual o autor se enquadra como segurado, possui, de fato, cobertura estabelecida de R\$ 7.590,00 para o caso de "Invalidez Func. Permanente Total Por Doença". Do certificado consta, sob o item 6.2, que: "O presente seguro é regido pelas Condições Contratuais, em poder do estipulante e do segurado, que fazem parte integrante da apólice deste seguro." Por sua vez, nas condições gerais do seguro às fls. 275/283, observa-se a cláusula de nº 1 que prevê a cobertura por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença delimita o seguinte objetivo e condições: "(...) 1. DO OBJETIVO 1.1. 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais. Neste ponto, sobrevindo a prova pericial, fls. 891/901 e 913, o perito concluiu que o autor é portador de doenças crônicas grave, que incapacita o mesmo de exercer suas atribuições profissionais, justificando a aposentadoria por invalidez previdenciária, atestada através pericia médica por perito do INSS (fls. 893). Contudo, concluiu que o quadro clínico incapacitante, decorrente de doença não inviabiliza de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado, ou seja, existência independente, com total suprimimento das ações diárias mínimas, conforme se lê no complemento do laudo às fls. 913: "De fato a resposta deste quesito ficou mais direcionada para as atividades laboral, quanto as atividade independentes é relativo o tema engloba muitas coisas, por exemplo, quanto aos seus cuidados básicos voltados ao

auto cuidado o autor não precisa de auxílio (Tomar banho, fazer suas necessidades fisiológicas, alimentar-se, deambular). Porém para atividades como: Dirigir veículos próprios, atividade física de moderada a alta performance como exemplo, existem outras, devidos as suas comorbidades torna o mesmo incapaz de realizá-las." Importante registrar que a cobertura por invalidez funcional não se confunde com a cobertura por invalidez laboral, esta última não contratada. A invalidez laborativa permanente total por doença, conforme Circular Susep nº 302/05, é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado, não havendo que se confundir com a invalidez funcional permanente total por doença, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Ademais, o Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que "não se revela abusiva a cobertura securitária de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) condicionada à constatação de incapacidade decorrente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, vale dizer, a irreversível inviabilidade do pleno exercício de suas relações autonômicas (artigo 17 da Circular SUSEP 302/2005)" (REsp 1.449.513/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 05.03.2015, DJe de 19.03.2015). Destaca-se, ainda, que o reconhecimento, pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, de incapacidade laboral, a ensejar a concessão do benefício de Aposentadoria por Invalidez, não se confunde necessariamente com a incapacidade total definitiva (IFPD), ao passo que esta última enseja, como sobredito, o reconhecimento da impossibilidade de existência independente da pessoa. Assim, também consta da cláusula 6.2 das condições gerais do seguro contratado (fls. 281): "6.2 A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional." (...) Logo, percebe-se que para o pagamento da correspondente indenização securitária pretendida, é necessária a verificação do quadro clínico incapacitante do segurado, irreversível, decorrente de doença que impeça o exercício de suas atividades autonômicas. No caso, o conjunto probatório revela que o autor permanece com autonomia para a realização das

atividades do seu cotidiano, não atendendo aos requisitos da cobertura contratada. Ante o exposto, JULGO IMPROCEDENTE os pedidos, extinguindo o processo na forma do artigo 487, I do Código de Processo Civil. Por conseguinte, condeno o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios que ora fixo em 10% do valor da causa, observada a gratuidade de justiça. ...”.

percebe:

Recurso de apelação (parte autora) no id 971/980, onde se

“... O recorrente através do vínculo empregatício mantido com a VIA VAREJO S/A, ora recorrida, fez jus ao seguro de vida/invalidez, conferido pela ZURICH BRASIL SEGUROS S/A ora primeira recorrida, conforme se verifica no documento de certificado individual de seguro ora juntado, que embasa ao segurado a garantia em casos de invalidez permanente total por doença - funcional, com o capital segurado, na época da contratação, no montante equivalente a 25 salários, estimadamente R\$ 109.533,50(cento e nove mil, quinhentos e trinta e três reais e cinquenta centavos), percebidos pelo segurado ora autor, sendo certo que as parcelas relativas ao referido benefício sempre foram descontadas/cobradas do autor. Em 22/03/2018 foi atestado pelo órgão previdenciário - INSS, que o Autor é portador de enfermidade grave que lhe impossibilita o exercício de suas funções, e por consequência está APOSENTADO POR INVALIDEZ funcional(conforme documento ora juntado), desde então. Após o atestado e laudo do INSS de sua invalidez, o recorrente diligenciou com toda a documentação pertinente perante a Seguradora ora primeira recorrida, a fim de dar entrada ao processo de sinistro e receber o capital segurado. O recorrente passou então a ter contato com a Sra. Regina representante da segunda recorrida em meados de maio de 2019, tratando dos seus direitos via a primeira recorrida a Seguradora Zurich que é Cia. responsável e Indicada pela segunda recorrida para o propósito de indenização para Crédito de Sinistro, Autorização de Pagamento, por invalidez funcional por doença- IFPD conforme preenchimento dos dados do Aviso de Sinistro, com sua assinatura em formulários fornecido pela primeira recorrida, inclusive com os dados para depósito no Banco do Brasil, Agência nº 3517-3 e conta nº 32 346-2, tudo isso anexado à presente. Na citada ocasião foram encaminhados pelo recorrente todos os documentos requeridos para Análise do Sinistro a saber: Laudos médicos, exames médicos, etc., sempre atendido pela Sra. Regina.

Após passar pela angustiante espera, para sua surpresa, em 14/06/2018, o recorrente recebeu missiva eletrônica, anexa, por parte da primeira recorrida, comunicando a NEGATIVA quanto ao pedido administrativo do recorrente, nos seguintes termos: “.....concluiu pelo indeferimento do processo de indenização, tendo em vista que não ficou comprovada a invalidez permanente total e funcional por doença”. O recorrente foi designado para fazer PERICIA MÉDICA com fito de confirmar a enfermidade da qual é portador, em tresloucada determinação, pois, conforme demonstra o LAUDO Pericial, em anexo, por médica perita do INSS, em 26/06/2018, ficou constatado mais uma vez que o Autor “... é portador de doença Classificada pelo CID-10: 125.1 E 142.5 – CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA desde 14/06/2011 conforme documentação no Processo do INSS para manutenção do Benefício”. Ainda no referido laudo, como preenchimento obrigatório, confirma que a doença do recorrente “ não é passível de controle,” . Assim é que a NEGATIVA da Seguradora, primeira recorrida, contraria frontalmente a decisão tomada pelo órgão oficial do governo (INSS), capacitado para a efetivação de perícia médica conclusiva, a qual redundou na aposentadoria por invalidez do recorrente. Nota-se, que, pelo procedimento adotado pela primeira recorrida, a prática de verdadeiro engodo do consumidor, pois, a favor do recorrente já militava a decisão proferida pelo INSS, após a realização de perícia médica, sendo que, este sim, com a devida vênia, estaria habilitado para dar algum tipo de veredito acerca da doença do recorrente e, assim o fez, ao aposentá-lo por invalidez permanente. Portanto, não assiste razão à primeira recorrida, impor ao recorrente um verdadeiro tribunal de peritagem médica, prova disso, é que o médico indicado pelo recorrente, que sempre acompanhou o seu tratamento e optou por considera-lo inválido(Laudos anexos), assim como o INSS(Laudos anexos)., porém, tudo isso não foi o bastante, para que a primeira acolhesse o pedido de liquidação do seguro, agindo a mesma, em arrepio de todas as evidencias e fatos, dando o caso por encerrado e indeferido, sem qualquer justificativa plausível. Portando, não há que falar-se em excludente de responsabilidade por parte das recorridas que até o presente momento, tentaram e continuam tentando esquivarem-se de suas responsabilidades contratuais e legais. Como forma de tentar esquivar-se da responsabilidade, foi requerida a produção de prova pericial pela recorrida, a qual, na contramão de suas pretensões, restou totalmente favorável ao pedido do recorrente, corroborando a invalidez do mesmo para o exercício das atividades laborais. Cediço é o fato de que, este feito persegue justamente a certeza de que, o

recorrente estando impossibilitado de exercer as suas atividades laborais, faria jus ao pagamento do seguro que, foi contratado exclusivamente com esta finalidade. É como dito anteriormente, o próprio INSS, na condição de órgão credenciado a emitir o posicionamento em relação a incapacidade do recorrente, já tinha agido nesse sintonia ao deferir a aposentadoria do recorrente em função da sua invalidez permanente para o trabalho. Nesta senda, vale transcrever as passagens do laudo da perícia que cuidou de responder os questionamentos suscitados pelas partes, para efeito de trazer o melhor deslinde da querela, senão vejamos: **CONCLUSÃO DA PERÍCIA** De acordo com todos os documentos anexados neste processo como exames complementares, como ecocardiograma transtorácico que evidencia acometimento cardíaco como disfunção segmentar, além de aumento de suas cavidades, com ventrículo e átrio esquerdo, justificando o diagnóstico de cardiomiopatia dilatada isquêmica, associado com hipertensão observado no exame pericial, além de um teste ergométrico realizado, também apresentado resposta isquêmica registrado, aos esforços; Somados aos atestados de pelo menos seis médicos diferentes (Que em épocas diferentes afastaram o mesmo de suas atividades profissionais) Não há dúvidas, deste perito que o autor é portador de doenças crônicas grave, que incapacita o mesmo de exercer suas atribuições profissionais, justificando a aposentadoria por invalidez previdenciária, atestada através perícia médica por perito do INSS, realizada há quase seis anos atrás em junho de 2018, conforme documento anexado nas páginas 46 e 47 deste processo. (...) Em que pese o saber jurídico do juiz a quo, existem pontos fundamentais no respeitável decisor que merecem ser considerados, os quais certamente não refulgirão ao devido reparo trazido por essa r. câmara, senão vejamos: Ao analisar a questão em foco, o juiz a quo não ponderou a qualidade das provas que foram apresentadas pelas partes, pois, se assim o fizesse certamente chegaria a conclusão de que, o caso em comento está diretamente relacionada a invalidez do recorrente e sua incapacidade permanente para o exercício de atividade laborativa e, para isso foi contratado o seguro em questão, e não se o autor possui acometimento que o inviabiliza de exercer minimamente atividade da sobrevivência do cotidiano, se assim o fosse, data máxima vênia, o recorrente só faria jus ao pagamento seguro se estivesse condições análogas à tetraplegia, o não se coaduna com o cerne da questão in foco. Evidente que trata-se de ação indenizatória, oriunda de descumprimento contratual das recorridas, por negativa de pagamento correspondente a seguro contratado. O ponto nodal da questão consiste em saber se houve ou não a alegada inadimplência das demandadas. A perícia dirimiu a questão e

foi favorável às alegações do autor, visto que o laudo técnico assim concluiu : Repise-se : De acordo com todos os documentos anexados neste processo como exames complementares, como ecocardiograma transtorácico que evidencia acometimento cardíaco como disfunção segmentar, além de aumento de suas cavidades, com ventrículo e átrio esquerdo, justificando o diagnostico de cardiomiopatia dilatada isquêmica, associado com hipertensão observado no exame pericial, além de um teste ergométrico realizado, também apresentado resposta isquêmica registrado, aos esforços ; Somados aos atestados de pelo menos seis médicos diferentes (Que em épocas diferentes afastaram o mesmo de suas atividades profissionais) Não há duvidas, deste perito que o autor é portador de doenças crônicas grave, que incapacita o mesmo de exercer suas atribuições profissionais, justificando a aposentadoria por invalidez previdenciária, atestada através pericia médica por perito do INSS, realizada há quase seis anos atrás , em junho de 2018, conforme documento anexado nas páginas 46 e 47 deste processo. lograram ao Suplicante limitações funcionais no segmento referido, e que conforme demonstrado o impedem de exercer atividades laborais permanentemente. Após ser afastado de suas atividades laborais o recorrente, passou a gozar de benefício previdenciário de auxílio-doença, sendo aposentado por invalidez. "Vê-se, pois, que diante do resultado da perícia, o pleito autoral merece acolhimento. No tocante ao dano moral, analisando-se os fatos aqui devidamente comprovados, conclui-se que os mesmos extrapolaram a esfera do simples aborrecimento, eis que, à toda evidência, ocasionaram momentos aflitivos ao recorrente, restando evidente o nexo causal. Os argumentos expendidos na peça contestatória não afastam a responsabilidade das recorridas, sendo imprescindível, portanto, o acolhimento do pleito indenizatório. Cabível aqui o seguinte entendimento: "...o dano moral existe in re ipsa, deriva inexoravelmente do próprio fato ofensivo, de tal modo que, provada a ofensa, ipso facto está demonstrado o dano moral à guisa de uma presunção natural, uma presunção hominis ou facti, que decorre das regras da experiência comum" (p.80). Desembargador Sérgio Cavalieri Filho, Programa de Responsabilidade Civil (2 ed., rev. aum. e atual.). Inicialmente, requer o apelante a manutenção do benefício da gratuidade de justiça nos termos da Lei 1.060/50 e art. 98, parágrafo 3º, do Novo Código Civil, já concedida ao autor e consagrada na sentença em comento. Pelo exposto, o apelante requer seja provido o presente RECURSO DE APELACAO interposto, para reforma e/ou anulação da r. sentença, via de consequência, o acolhimento dos pedidos ostentados na exordial, uma vez que, com a devida vênia. A sentença de primeiro grau não se

afeiçoa sobremaneira às provas colhidas nos autos ao longo de toda instrução processual, conforme demonstrado alhures ...”.

Contrarrazões (parte ré - GRUPO CASAS BAHIA S/A - nova denominação de VIA VAREJO S/A) no id 1045/1055, pelo improvimento do recurso da parte autora, fazendo alusão à AUSÊNCIA DE DIALETICIDADE RECURSAL; ILEGITIMIDADE PASSIVA DA APELADA e AUSÊNCIA DE COBERTURA SECURITÁRIA.

VOTO

O recurso deve ser conhecido, pois presentes os requisitos de admissibilidade.

Trata-se de recurso de apelação interposto por GILBERTO DA SILVA LIZARDO contra sentença que julgou improcedentes seus pedidos de pagamento de capital segurado em razão de invalidez funcional permanente por doença e de indenização por danos morais, ajuizados em face de ZURICH BRASIL SEGUROS S/A e VIA VAREJO S/A.

A sentença de primeiro grau analisou detidamente o contrato de seguro de vida em grupo, verificando que a cobertura contratada abrange apenas a “Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”, ou seja, aquela incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Constatou-se, com base na perícia médica constante nos autos, que o autor, embora portador de doença incapacitante para o exercício de atividades laborais, mantém autonomia para a realização de suas atividades cotidianas básicas, inclusive para atividade laboral diversa, não preenchendo, portanto, os requisitos previstos na apólice contratada.

A sentença destacou, ainda, que a aposentadoria por invalidez concedida pelo INSS não equivale à incapacidade funcional permanente total exigida pela cobertura securitária.

O recorrente sustenta que a perícia administrativa do INSS e os laudos médicos demonstram a incapacidade permanente para o exercício de suas atividades laborativas, sendo, portanto, devida a indenização securitária.

Sustenta, ainda, que a negativa de pagamento por parte da seguradora teria causado abalo moral.

As recorridas, em contrarrazões, pugnam pelo improvimento do recurso, invocando a ausência de dialeticidade do recurso, a ilegitimidade passiva da VIA VAREJO S/A e a inexistência de cobertura securitária, nos termos do contrato.

A controvérsia central consiste em verificar se o autor faz jus à indenização securitária prevista no seguro de vida em grupo contratado junto à ZURICH BRASIL SEGUROS S/A.

O contrato de seguro, nos termos do art. 757 do Código Civil, vincula o segurador ao pagamento do capital segurado quando sobrevier o risco previamente estipulado.

No caso em análise, a apólice prevê cobertura para “Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”, conceito que não se confunde com a incapacidade laboral total ou com a aposentadoria por invalidez concedida pelo INSS, nos termos da Circular SUSEP nº 302/2005.

O laudo pericial produzido nos autos concluiu que, embora o autor esteja incapacitado para o exercício de suas atividades laborativas habituais, mantém autonomia para suas atividades cotidianas básicas, inclusive para exercício de atividade laboral diversa, não atendendo, portanto, aos critérios da cobertura contratual.

O E. Superior Tribunal de Justiça reconhece que a **cobertura por invalidez funcional permanente total por doença pressupõe a perda da existência independente do segurado, não se confundindo com invalidez laboral ou aposentadoria por invalidez previdenciária.**

Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO. COBERTURA SECURITÁRIA. GARANTIA CONTRATUAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD). NÃO CONFIGURADA. AGRAVO DESPROVIDO. 1. A JURISPRUDÊNCIA DO STJ RECONHECE A DISTINÇÃO ENTRE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD) - CONFIGURADA PELA PERDA DA EXISTÊNCIA

INDEPENDENTE DO SEGURADO DECORRENTE DE DOENÇA -, A QUAL NÃO POSSUI VINCULAÇÃO COM A INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE POR DOENÇA (ILPD) - CONSISTENTE NA IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL OU PROFISSIONAL PRINCIPAL DO SEGURADO -, AMBAS ESPÉCIES DE COBERTURA PARA A INVALIDEZ POR DOENÇA CRIADAS EM SUBSTITUIÇÃO À GARANTIA DE INVALIDEZ POR DOENÇA (IPD), VEDADA PELA SUSEP, NÃO EXISTINDO ABUSIVIDADE NA ESTIPULAÇÃO DE GARANTIA SECURITÁRIA RELATIVAMENTE À IFPD. 2. CASO CONCRETO NO QUAL O TRIBUNAL DE ORIGEM RECONHECEU O DIREITO AO RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO PREVISTA PARA A GARANTIA CONTRATADA DE IFPD, SOB O FUNDAMENTO DA SUFICIÊNCIA DA IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL, HIPÓTESE DE ILPD, MOTIVO DO PROVIMENTO DO RECURSO ESPECIAL INTERPOSTO PELA SEGURADORA. 3. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO." (AGINT NO RESP 1685087/PR, REL. MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, JULGADO EM 05/06/2018, DJE 15/06/2018)

A alegação do recorrente de que a perícia do INSS demonstraria a total incapacidade para fins securitários não afasta a necessidade de observância das condições específicas da cobertura contratada.

O fato de o autor estar aposentado por invalidez funcional laboral não é suficiente para caracterizar a invalidez funcional permanente total exigida pela apólice, de modo que a negativa da seguradora encontra respaldo contratual e legal, considerando-se que não se busca, na ação retro, a nulidade da cláusula contratual respectiva.

Quanto ao dano moral, ainda que a negativa do seguro possa gerar frustração ou desconforto, não há nos autos elementos que evidenciem abalo moral que ultrapasse os meros dissabores cotidianos, sendo, portanto, improcedente o pedido indenizatório.

Por fim, não merece prosperar qualquer alegação de ilegitimidade passiva da VIA VAREJO S/A quanto à análise do mérito, pois,

como estipulante do seguro, exerce funções administrativas relacionadas à manutenção do vínculo securitário, sem que tal circunstância importe em obrigação de pagamento do capital segurado diretamente.

Diante disso, não há elementos capazes de infirmar a sentença de primeiro grau, que apreciou corretamente o conjunto probatório e aplicou de forma adequada o contrato, o Código Civil e as normas do Código de Defesa do Consumidor.

DIANTE DO EXPOSTO, VOTO PELO DESPROVIMENTO DO RECURSO DE APELAÇÃO, MANTENDO INTEGRALMENTE A R. SENTENÇA DE PRIMEIRO GRAU, QUE JULGOU IMPROCEDENTES OS PEDIDOS DO AUTOR, EXTINGUINDO O PROCESSO COM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS TERMOS DO ART. 487, I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, COM MANUTENÇÃO DA CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO DAS CUSTAS PROCESSUAIS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS.

Rio de Janeiro, data da assinatura

DES. SÉRGIO WAJZENBERG

Relator

LP

