

17ª. CÂMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 26ª. CÂMARA CÍVEL)
APELAÇÃO CÍVEL Nº 0057600-81.2018.8.19.0021
APELANTE 1: MIDWAY S A CREDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO
APELANTE 2: MAPFRE SEGUROS GERAIS S A
APELANTE 3: JOAO BATISTA BENJAMIM (RECURSO ADESIVO)
APELADOS: OS MESMOS
RELATORA: DES. SANDRA SANTARÉM CARDINALI

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO INDENIZATÓRIA. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA.

I. Caso em exame

1. Ação proposta por consumidor em face de MAPFRE SEGUROS GERAIS S A, MIDWAY S.A. CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO e LOJAS RIACHUELO S.A. buscando o pagamento de indenização securitária, em razão de invalidez por acidente, bem como a compensação por danos morais. 2. Sentença de parcial procedência que condenou as rés, solidariamente, a pagar ao autor o valor de R\$50.000,00, com juros moratórios desde a recusa do pagamento e correção monetária a partir do sinistro, julgando improcedente o pedido de compensação por danos morais.

II. Questão em discussão

3. Cinge-se a controvérsia recursal à análise acerca da legitimidade passiva da ré MIDWAY e, no mérito, verificar-se o cabimento da indenização securitária, em razão da incapacidade permanente do autor e, em caso positivo, seu valor, bem como a existência de dano moral indenizável e, em caso positivo, seu quantum.

III. Razões de decidir

4. Sendo a legitimação analisada conforme os fatos narrados pelo postulante, independentemente de sua efetiva responsabilidade e havendo consonância, em tese, entre a conduta narrada e o dano alegadamente sofrido, afasta-se a arguição de ilegitimidade passiva. 5. A parte autora logrou produzir prova do fato constitutivo do seu direito, tendo havido a produção da prova pericial, sob o crivo do contraditório, a qual atestou ser o nexo causal positivo, com a existência de incapacidade parcial permanente do autor. Ademais, analisando-se a apólice juntada ao index. 51, é possível perceber que, para a hipótese de invalidez por acidente do titular, o capital segurado é de R\$50.000,00, estando vigente o contrato na data do sinistro. Em acréscimo, conforme esposado pelo juízo a quo, a declaração de quitação anual de débito do cartão de crédito Riachuelo, emitida pela ré Midway (index. 45), afasta a alegação de que o contrato estaria suspenso por inadimplência, tendo em vista que as parcelas do prêmio do seguro eram incluídas diretamente nas faturas do respectivo cartão de crédito, conforme se pode verificar das faturas colacionadas ao index. 39. 6. Verifica-se, portanto, que a parte ré não logrou comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, considerando-se as conclusões do perito do juízo e demais documentos adunados aos autos, que demonstram a vigência do contrato de seguro quando da ocorrência do sinistro que ocasionou ao autor invalidez por acidente. Desta forma, impõe-se à parte ré o dever de pagamento da indenização securitária do valor previsto na apólice, respondendo as rés

solidariamente pela reparação dos danos sofridos pelo consumidor, na forma do parágrafo único do art. 7º do CDC. 7. A apólice de seguro confeccionada pela seguradora ré é bastante singela e objetiva quanto ao capital segurado e o sinistro correspondente e em parte alguma faz menção de que seria pago valor proporcional em caso de invalidez parcial, ao revés, expressamente indicou a existência de cobertura para o caso de “invalidez por acidente” do titular, sendo o capital segurado, em tal hipótese, de R\$50.000,00. O entendimento desta Câmara é no sentido de que, no que concerne ao montante da indenização securitária, esta equivale ao capital segurado, nos termos do contrato. Todavia, a correção monetária referente à indenização securitária, deve incidir desde a data da contratação até o efetivo pagamento, nos termos da Súmula nº 632 do STJ. Por se tratar de responsabilidade contratual, o montante indenizatório deve ser acrescido de juros de mora a contar da citação, nos moldes do art. 405, do CC. 8. Outrossim, há que se reconhecer que a abusiva demora da parte ré em efetuar o pagamento da indenização ensejou flagrante frustração da expectativa do autor quanto à prestação do serviço de seguro, respaldando, por consequência, a condenação à reparação moral. 9. A condenação imposta deve representar para a vítima uma satisfação capaz de amenizar de alguma forma o sofrimento impingido com a dor moral que exceda a normalidade, exigindo reparação que deverá atentar para o caráter pedagógico da medida e os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Fixa-se, portanto, a indenização por danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), em atenção aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e aos precedentes desta Corte.

IV. Dispositivo

10. Recurso adesivo do autor parcialmente provido. Desprovidos os recursos das rés.

Dispositivos relevantes citados: Súmula nº 632 do STJ; Art. 373, II, do CPC, Súmula 343 TJRJ.

Jurisprudência relevante citada: Processo: 0270233-79.2013.8.19.0001 – APELAÇÃO Des(a). NATACHA NASCIMENTO GOMES TOSTES GONÇALVES DE OLIVEIRA - Julgamento: 30/05/2018 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL; 0106842-35.2019.8.19.0001 – APELAÇÃO Des(a). ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO - Julgamento: 14/07/2020 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos da presente apelação cível, em que são partes as acima indicadas, **ACORDAM** os Desembargadores que integram a 17ª. Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, por unanimidade, em **DAR PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso adesivo do autor e **NEGAR PROVIMENTO** aos recursos das rés, nos termos do voto da Relatora.



RELATÓRIO

Trata-se de apelação cível interposta pelas partes à sentença proferida pela Exma. Juíza AMALIA REGINA PINTO, da 7ª Vara Cível da Comarca de Duque de Caxias, que julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados por JOAO BATISTA BENJAMIM em face de MAPFRE SEGUROS GERAIS S A, MIDWAY S.A. CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO e LOJAS RIACHUELO S.A., nos seguintes termos (indexador 555):

Sentença Vistos e etc. JOÃO BATISTA BENJAMIM, qualificado à fl.03, moveu ação indenizatória por danos material e moral c/c obrigação de fazer em face de MIDWAY S.A. CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO, LOJAS RIACHUELO S.A. e MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A., todos qualificados também à fl. 03, alegando, em síntese, que contratou na loja da 1ª ré no dia 06/09/2014, um seguro contra acidentes pessoais que seriam descontados em sua fatura administrado pela 2ª ré, no valor mensal de R\$ 9,89. O seguro, contratado desde 2014, garantiria ao autor o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) em caso de morte acidental, invalidez parcial ou permanente do titular. No dia 22 de dezembro de 2017, sofreu um acidente em sua casa, quando sofreu uma queda de sua laje e veio a fraturar a sua coluna, o que ocasionou na sua invalidez parcial. A filha da parte autora contestou a informação e foi até a loja onde seu pai contratou o seguro, ora 1ª ré, e obteve a informação que o seguro de seu pai se encontrava ativo e sem nenhuma pendência e que o problema burocrático pertencia exclusivamente a administradora do seguro (3ª ré) que não identificou a apólice vigente do seguro do autor. Com isso, a 2ª ré imprimiu a apólice existente em seu sistema e solicitou que a encaminhasse para a 3ª ré. Entretanto, ao entregar a apólice a ré, ainda assim, esta se nega a proceder o pagamento da indenização pelo mesmo fundamento, ou seja, em seu sistema não foi identificado a apólice do autor. Contudo, a 3ª ré informou que a apólice não foi encaminhada pela 1ª e 2ª ré e, apesar de a 3ª ré informar ao autor que o seu seguro se encontrava ativo e que ele encontrava-se em dia com todos os seus pagamentos. Com isso, a sua filha encaminhou todos os documentos para a ré para a abertura do seu sinistro e recebimento da apólice do seguro, diante da impossibilidade de locomoção do seu pai. A 3ª ré se nega a realizar o pagamento, sob a fundamentação de que o evento ocorreu fora da vigência do seguro, o que não procede, uma vez que o autor realiza todos os pagamentos das parcelas do seguro em sua fatura de cartão de crédito, que, inclusive, encontra-se em dia até a presente data. Contudo, a 3ª ré informou que a apólice não foi encaminhada pela 1ª e 2ª ré e, apesar da 3ª ré informar ao autor que o seu seguro se encontrava ativo e que ele encontrava-se em dia com todos os seus pagamentos, não teria como proceder o pagamento da indenização por ausência de informação passada pelo 1º e 2º réu. A parte autora fica numa verdadeira via crucis onde um réu impõe a responsabilidade para o outro. Exausto, tentou novamente a obtenção do valor da apólice em 22/01/2018, através do protocolo 1789426801 (atendente Laura). Ocorre que em todas as ligações as rés afirmam que apesar de existir a cobertura, o autor não se encontrava segurado em 22 de dezembro de 2017, o que contraria a própria apólice emitida pela 1ª e 2ª ré. A parte autora possui o mínimo de provas e busca, de todas as formas a obtenção do valor da apólice do seguro contratado e que vem sendo fielmente pago em sua fatura do cartão, o que é negado de forma exclusiva pelo 3º réu, sem justificativa crível. Se não houve a informação ao 3º réu a respeito da vigência do seguro, esta não ocorreu por culpa do autor que encontra-se em dia com os pagamentos de sua fatura desde 2014. Contudo, ao negar a cobertura do seguro, as rés contrariam a boa-fé contratual e praticam publicidade enganosa, uma vez que o autor vem realizando o pagamento de um seguro que sequer pode ser usufruído. Requer o pagamento no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) pelo seguro e R\$ 50.000,00 por dano moral. Com a inicial vieram documentos de fls. 14/51. Decisão à fl. 56, deferindo gratuidade de justiça. Devidamente citadas as 1ª e 2ª Rés apresentaram contestação à fl. 56/83, instruída com documentos de fls. 84/155. Preliminarmente argui ilegitimidade passiva da 2ª Ré, eis que não administra o cartão de crédito. Argui, ainda, a ilegitimidade passiva das Rés, eis que a responsável pelo referido seguro é única e exclusivamente a empresa MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A. Alega que no Contrato de Seguro de Acidentes Pessoais, há previsão de que a cobertura será concedida em casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, contudo após análise da documentação, a Seguradora, ora corré, verificou que a Autora não realizou o pagamento do prêmio do seguro referente aos vencimentos de 20/11/2017 e 20/12/2017, motivo da recusa da indenização. Requer a improcedência dos pedidos. Contestação da 3ª Ré às fls. 158/176, instruída com documentos de fls. 177/280. o autor celebrou o contrato em setembro/2017, e, portanto, teve incluído em sua fatura a cobrança do primeiro prêmio do seguro na fatura do mês de setembro. Ocorre que, para a deflagração da vigência do seguro, o autor deveria ter cumprido com a sua contraprestação, a saber, o pagamento PONTUAL da fatura do cartão no qual



eram debitados prêmios securitários. com o atraso no pagamento da fatura, operou-se a suspensão do seguro, consoante o teor da cláusula 14 do contrato havido entre a seguradora e a estipulante. Portanto, com a impontualidade no pagamento da fatura, restou INCONTROVERSA a suspensão do seguro. Incontestável que, de acordo com os mandamentos contratuais assinalados, o sinistro sofrido pelo autor não está coberto pelo seguro em decorrência da impontualidade no pagamento, que gerou a suspensão da vigência naquele período. Resultando, portanto, na perda do direito securitário, nos exatos termos da carta de negativa encaminhada pela ré à fl. 46-50. Em suma, a ré entende ter exaurido todos os aspectos factuais, contratuais e legais que afastam a procedência dos pleitos autorais, não restando outro entendimento senão o da decretação da IMPROCEDÊNCIA. Réplica às fls. 291/602. Declaração da 3ª Ré à fl. 45, informando a quitação das parcelas no ano de 2018. Decisão saneadora à fl.324. Alegações finais às fls. 385/389 e fls. 391/392. É O RELATÓRIO. DECIDO. Trata-se de ação indenizatória por danos material e moral em razão de não pagamento da apólice securitária. Primeiramente, impõe-se destacar que o feito comporta julgamento antecipado, uma vez que a prova documental anexada aos autos é suficiente ao julgamento da lide. A relação jurídica estabelecida entre as partes é classificada como relação de consumo, de modo que a questão se resolve à luz da Lei 8.078/90, sendo objetiva a responsabilidade da Ré, nos estritos termos do art. 14, do mencionado diploma legal, que disciplina a responsabilidade do fornecedor pelo fato do serviço. Com efeito, em sendo objetiva a responsabilidade das Rés, esta só será afastada se o fornecedor comprovar que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste, ou a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro, conforme prescreve o § 3º, do art. 14, do Código de Defesa do Consumidor. Em que pesem os argumentos das Rés, a legitimidade é tanto da estipulante, como da corretora, já que uniram-se com a finalidade de vender um produto em conjunto ao consumidor, no caso, ao segurado. Assim, a cadeia de consumo envolve ambas. Os réus, contrapondo-se às pretensões da parte autora, sustentam que o segurado estava com o contrato suspenso pelo atraso no pagamento da fatura, razão pela qual a cobertura securitária estaria excluída por força de cláusulas contratuais expressas. No entanto, vislumbro que o Autor estava com o pagamento em dia, não havendo dúvidas quanto aos termos da Declaração de quitação emitida pela 3ª Ré, conforme documento de fl. 45, impondo-se o acolhimento do pedido. No tocante ao dano moral não vislumbro sua configuração. A negativa de pagamento da indenização não causou angústia e preocupações que ultrapassem os aborrecimentos cotidianos. Isto posto, na forma do art. 487, I, do CPC, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos constantes da lide principal e secundária para determinar às rés que efetuem o pagamento da indenização securitária no montante equivalente a R\$ 50.000,00 para o autor, corrigidos a partir do sinistro e juros de mora de 1% a.m, desde a recusa do pagamento, por se tratar de responsabilidade contratual. Diante do princípio da causalidade, as rés arcarão com o pagamento das custas judiciais e despesas processuais, responsabilizando-se também, pelos honorários advocatícios do patrono que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação. Certificados, e nada sendo requerido em cinco dias, dê-se baixa e arquite-se. P.I.

Embargos de declaração rejeitados por decisão do index. 603.

Apelação interposta por MIDWAY S.A. CRÉDITO FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO (index. 573), sustentando preliminar de ilegitimidade passiva e, no mérito, pugnando pela reforma da sentença, com a improcedência dos pedidos, tendo em vista que não pode ser responsabilizada pela negativa indevida de pagamento do seguro, na medida em que atuou como mera estipulante do contrato. Alega, ainda, a impossibilidade de cumprimento do contrato de seguro, por inadimplência das parcelas 20/11/2017 e 20/12/2017.

Em suas razões de apelação (indexador 613), a seguradora ré, MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A., pugna pela reforma parcial da sentença, no que toca ao valor da indenização securitária, ao argumento, em síntese, de que a prova pericial constatou incapacidade parcial permanente incompleta estimada em 12,5%, devendo ser observado o limite de capital segurado de acordo com o percentual de déficit funcional.

Contrarrazões ofertadas pelo autor (index. 633), sem questões preliminares, pelo desprovimento dos recursos.

Recurso adesivo interposto pelo autor (index. 646) pretendendo a compensação dos danos morais e majoração dos honorários advocatícios.

Contrarrazões das rés, LOJAS RIACHUELO S.A. e MIDWAY S.A. - CRÉDITO, FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO (index. 659), sem preliminares, pelo desprovimento do recurso adesivo.

Contrarrazões ofertadas pela seguradora ré (index. 668), sem questões preliminares, pelo desprovimento do recurso adesivo.

É o relatório.

VOTO

Os apelos são tempestivos e adequados à impugnação pretendida, estando devidamente preparado o recurso da parte ré e sendo o autor beneficiário da gratuidade de justiça, estando, assim, presentes os requisitos de admissibilidade (index. 593 e 625 e 652).

A relação entre as partes é de consumo, subsumida aos ditames da Lei 8.078/90 e, a teor do que dispõe o artigo 14 do referido diploma legal, o fornecedor de serviços responde independentemente da existência de culpa pela reparação dos danos causados aos consumidores.

O contrato de seguro tem o objetivo de garantir o pagamento de indenização para a hipótese de ocorrer a condição suspensiva, consubstanciada no evento danoso previsto contratualmente, sendo obrigação do segurado o pagamento do prêmio devido e a prestação das informações necessárias para a avaliação do risco.

Em contrapartida, a seguradora deve informar as garantias dadas e pagar a indenização devida no lapso de tempo estipulado, à inteligência do art. 757 do Código Civil. Igualmente, é elemento essencial deste tipo de pacto a boa-fé, caracterizada pela sinceridade e lealdade nas informações prestadas pelas partes e cumprimento das obrigações avençadas, nos termos do art. 422 da atual legislação civil.

Narra o autor que contratou na loja ré, no dia 06/09/2014, um seguro contra acidentes pessoais que seriam descontados em sua fatura administrado pela financeira ré, no valor mensal de R\$ 9,89, garantindo ao autor o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) em caso de morte acidental, invalidez parcial ou permanente do titular; que no dia 22 de dezembro de 2017, sofreu um acidente em sua casa, quando sofreu uma queda de sua laje e veio a fraturar a sua coluna, o que ocasionou na sua invalidez parcial; que a loja ré informou estar o seguro ativo e sem nenhuma pendência e que o problema burocrático pertencia exclusivamente a administradora do seguro (3ª ré) que não identificou a apólice vigente do seguro do autor, tendo impresso a apólice existente em seu sistema e solicitado que a encaminhasse para a 3ª ré; que a seguradora, ainda assim, se nega a proceder ao pagamento da indenização sob alegação de que em seu sistema não foi identificado a apólice do autor, tendo informado que a apólice não foi encaminhada pela 1ª e 2ª ré; que a filha do autor encaminhou todos os documentos para a ré, para a abertura do sinistro e recebimento da apólice do seguro, diante da impossibilidade de locomoção do autor; que a 3ª ré se nega a realizar o pagamento, sob a fundamentação de que o evento ocorreu fora da vigência do seguro, o que não procede, uma vez que o autor realiza todos os pagamentos das parcelas do seguro em sua fatura de cartão de crédito, que, inclusive, encontra-se em dia até a presente data; que a parte autora fica numa verdadeira via crucis onde um réu impõe a responsabilidade ao outro; que tentou novamente a obtenção do valor da apólice em 22/01/2018, através do protocolo 1789426801 (atendente Laura); que em todas as ligações as rés afirmam que apesar de existir a cobertura, o autor não se encontrava segurado em 22 de dezembro de 2017, o que contraria a própria apólice emitida pela 1ª e 2ª ré. Ao final, requer o pagamento no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) pelo seguro e R\$ 50.000,00 por dano moral.

Cinge-se a controvérsia recursal à análise acerca da legitimidade passiva da ré MIDWAY e, no mérito, verificar-se o cabimento da indenização securitária, em razão da incapacidade permanente do autor e, em caso positivo, seu valor, bem como a existência de dano moral indenizável e, em caso positivo, seu *quantum*.

A questão da legitimidade das partes há de ser vista à luz da teoria da asserção, que indica ter legitimidade para figurar no polo passivo a parte a quem é atribuída a conduta causadora de prejuízo e contra quem é dirigida a pretensão autoral.

Sendo a legitimação analisada conforme os fatos narrados pelo postulante, independentemente de sua efetiva responsabilidade e havendo consonância, em tese, entre a conduta narrada e o dano alegadamente sofrido, afasta-se a arguição de ilegitimidade passiva. A respeito da matéria, cite-se o entendimento de Alexandre Câmara, *in verbis*:

“As “condições da ação” são requisitos exigidos para que o processo vá em direção ao seu fim normal, qual seja, a produção de um provimento de mérito. Sua presença, assim, deverá ser verificada em abstrato, considerando-se, por hipótese, que as assertivas do demandante em sua inicial são verdadeiras, sob pela de se ter indisfarçável adesão às teorias concretas da ação. Exigir a demonstração das “condições da ação” significaria, em termos práticos, afirmar que só tem ação quem tenha o direito material. (...) As “condições da ação”, portanto, deverão ser verificadas pelo juiz *in statu assertionis*, à luz das alegações feitas pelo autor na inicial, as quais deverão ser tidas como verdadeiras a fim de se perquirir a presença ou ausência dos requisitos do provimento final. (in “Lições de Direito Processual Civil”. Volume I. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p. 125).

Refira-se, ainda, à lição de Kazuo Watanabe¹, citando Barbosa Moreira:

“o órgão julgador, ao apreciá-las (condições da ação), considera tal relação jurídica *in statu assertionis*, ou seja, à vista do que se afirmou, raciocinando ele, ao estabelecer a cognição, como que admita, por hipótese e em caráter provisório, a veracidade da narrativa, deixando para a ocasião própria (o juízo de mérito) a respectiva apuração, ante os elementos de convicção ministrados pela atividade instrutória.”

A parte autora logrou produzir prova do fato constitutivo do seu direito, tendo havido a produção da prova pericial, sob o crivo do contraditório, a qual atestou ser o nexo causal positivo, com a existência de incapacidade parcial permanente do autor, nos seguintes termos (index. 480):

L – CONCLUSÃO:

As lesões motivadas pelo acidente questionado, pela natureza, sede, tempo decorrido e tratamento efetuado após o evento, o Perito não vê nenhum empecilho para concluir, mediante sua visão médico-legal que:

1- Ocorre o nexo de causalidade.

¹ “Da cognição no processo civil”, Bookseller, 2ª ed., 2000, p. 80 (referências de Barbosa Moreira na nota 104).

2- Existe um período de incapacidade TOTAL E TEMPORÁRIA estimado em 30 (trinta) dias.

3- Após este período o Autor apresenta uma incapacidade PARCIAL E PERMANENTE INCOMPLETA estimada em 12,5% (doze e meio por cento), devido à redução funcional em grau médio (50%) do segmento dorso lombar (25%). **Cálculo: 50% de 25%= 12,5%.**

4- Não ocorre o Dano Estético.

5- Não ocorre a comprovação de despesas realizadas pelo autor relacionadas ao ocorrido.

6- Em virtude das lesões sofridas, o mesmo NÃO será capaz de realizar suas atividades laborativas com o mesmo desempenho.

Ademais, analisando-se a apólice juntada ao index. 51, é possível perceber que, para a hipótese de invalidez por acidente do titular, o capital segurado é de R\$50.000,00, estando vigente o contrato na data do sinistro, veja-se:

MAPFRE		CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO ACIDENTES PESSOAIS/DECESSOS		Data de Emissão do Certificado: 02/09/2017	
Grupo/Ramo	Proposta Número	Certificado nº			
Apólice nº:	1472169317	1472169317-0			
820.2360.5000402.01	Início de Vigência às 24h do dia:	Término de Vigência às 24h do dia:			
	20/09/2017	19/09/2018			
Estipulante	CNPJ	PL			
MIDWAY S.A. - CRÉDITO, FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO	09.464.032/0001-12	72,5 / 9,31			
Endereço	CEP				
Rua Leão XIII, 500 Jardim São Bento	02526-900				
Cidade	UF	Telefone			
São Paulo	SP				
Corretor	Cód. SUSEP	CNPJ			
BRInsurance Corretora de Seguros	1020329982	11.721.921-0001-60			
Dados do Segurado					
Nome Completo		CPF			
JOAO BATISTA BENJAMIM		886.119.497-49			
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil			
08/08/1964	Masculino	CASADO(A)			
Endereço	Complemento				
PITANGUEIRAS, 3	LT 36				
Bairro	Cidade	UF	CEP		
CHACARAS ARCAMPO	DUQUE DE CAXIAS	RJ	25.251-042		
Coberturas e Capitais Segurados					
Cobertura	Segurado/Plano	Capital Segurado	Carência	Franquia	Prêmio por Cobertura (sem IOF)
Morte Acidental	Titular	R\$ 50.000,00	Não há	Não há	R\$ 5,53
Invalidez por Acidente	Titular	R\$ 50.000,00	Não há	Não há	R\$ 1,62

Em acréscimo, conforme esposado pelo juízo *a quo*, a declaração de quitação anual de débito do cartão de crédito Riachuelo, emitida pela ré Midway

(index. 45), afasta a alegação de que o contrato estaria suspenso por inadimplência, tendo em vista que as parcelas do prêmio do seguro eram incluídas diretamente nas faturas do respectivo cartão de crédito, conforme se pode verificar das faturas colacionadas ao index. 39.

Verifica-se, portanto, que a parte ré não logrou comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, considerando-se as conclusões do perito do juízo e demais documentos adunados aos autos, que demonstram a vigência do contrato de seguro quando da ocorrência do sinistro que ocasionou ao autor invalidez por acidente.

Desta forma, impõe-se à parte ré o dever de pagamento da indenização securitária do valor previsto na apólice, respondendo as rés solidariamente pela reparação dos danos sofridos pelo consumidor, na forma do parágrafo único do art. 7º do CDC.

Em relação ao *quantum* indenizatório, melhor sorte não assiste às rés apelantes.

A apólice de seguro confeccionada pela seguradora ré é bastante singela e objetiva quanto ao capital segurado e o sinistro correspondente e em parte alguma faz menção de que seria pago valor proporcional em caso de invalidez parcial, ao revés, expressamente indicou a existência de cobertura para o caso de “invalidez por acidente” do titular, sendo o capital segurado, em tal hipótese, de R\$50.000,00. Refira-se à tabela completa:

Coberturas e Capitais Segurados					
Cobertura	Segurado/Piano	Capital Segurado	Carência	Franquia	Prêmio por Cobertura (sem IOF)
Morte Acidental	Titular	R\$ 50.000,00	Não há	Não há	R\$ 5,53
Invalidez por Acidente	Titular	R\$ 50.000,00	Não há	Não há	R\$ 1,62
Decessos (exclusivamente em caso de Acidente) ¹	Familiar ²	R\$ 2.000,00	30 dias	Não há	R\$ 2,02
Morte Acidental	Cônjuge	R\$ 25.000,00	Não há	Não há	R\$ 2,76
Invalidez Permanente por Acidente	Cônjuge	R\$ 25.000,00	Não há	Não há	R\$ 0,82
Morte Acidental	Filhos	R\$ 5.000,00	Não há	Não há	R\$ 0,15
IOF Total: R\$ 0,05 (0,38%)					
Prêmio Total com IOF: R\$ 12,95 Parcela(s): 11 parcelas de R\$ 12,95					
Periodicidade de Pagamento: Mensal Primeira Parcela com IOF (0,38%): R\$ 12,95					
Forma de Pagamento: Ficha de Compensação					
Custeio: 100% responsabilidade do segurado					
¹ Assistência: cobertura de decessos, sendo que haverá carência de 30 dias a partir do início da vida individual					

Perceba-se que as condições gerais trazidas pela seguradora com a peça de bloqueio (index. 180 e 184), além de não comprovarem que ao autor fora dada ciência de seus termos, diferem da apólice entregue ao consumidor, ao indicar que o capital segurado seria de “até” R\$50.000,00, ressalva esta inexistente na apólice, conforme se observa do quadro supratranscrito. Outrossim, verifica-se no resumo das condições gerais uma diferenciação entre invalidez permanente total e parcial que não se vislumbra na apólice, a qual se refere unicamente a “invalidez por acidente”.

Ademais, o comprovante de adesão do seguro colacionado pelas 1ª e 2ª rés ao index. 95 mostra-se ainda mais desprovido de informações, veja-se:

FAÇA SUA ADESÃO AGORA MESMO!

CONFIRME A PROPOSTA COMO PREFERIR:

Pessoalmente, entregando-a em qualquer loja Riachuelo

Por fax: (84) 4006 8327

ATRAVÉS DA

Central de Atendimento
3003 4342 capitais e regiões metropolitanas
0800 701 4342 demais localidades
Funciona 24 horas, 7 dias por semana.

Para deficientes auditivos
0800 722-0626
Funciona 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria Midway
0800 727 3255
Funciona de 2ª a 6ª, exceto feriados, das 9h às 17h

Ouvidoria Midway - Para deficientes auditivos
0800 722-0604
Funciona de 2ª a 6ª, exceto feriados, das 9h às 17h

 tenho entre 21 e 70 anos de idade e aceito a adesão ao Seguro de Acidentes Pessoais ☒ Individual ☐ Familiar

Autorizo o débito mensal de ☒ R\$ 9,89 ☐ R\$ 12,95 em minha fatura do Cartão Riachuelo.

Vai indicar beneficiários? ☐ Sim ☒ Não

Assim, para a hipótese, o art. 47 do CDC determina sejam as cláusulas interpretadas de forma mais favorável ao consumidor, devendo prevalecer, portanto, o pagamento do “capital segurado” indicado como devido para a hipótese de invalidez por acidente, conforme consta da apólice específica para o caso.

O princípio da boa-fé objetiva, que está ligado à interpretação dos contratos, ensina que o juiz deve analisar o negócio jurídico de forma global para verificar se, de alguma forma, deliberada ou não, uma das partes teve sua expectativa frustrada, pelo abuso da confiança por ela depositada.

Note-se que a boa-fé objetiva deve ser observada em todas as fases contratuais.

Sobre o tema:

Recurso especial. Civil. Indenização. Aplicação do princípio da boa-fé contratual. Deveres anexos ao contrato. O princípio da boa-fé se aplica às relações contratuais regidas pelo CDC, impondo, por conseguinte, a obediência aos deveres anexos ao contrato, que são decorrência lógica deste princípio. O dever anexo de cooperação pressupõe ações recíprocas de lealdade dentro da relação contratual. A violação a qualquer dos deveres anexos implica em inadimplemento contratual de quem lhe tenha dado causa. A alteração dos valores arbitrados a título de reparação de danos extrapatrimoniais somente é possível, em sede de Recurso Especial, nos casos em que o quantum determinado revela-se irrisório ou exagerado. Recursos não providos. REsp 595631 / SC. Relatora Ministra Nancy Adrighi. 3ª Turma. Julgado em: 08.06.2004.

Nesse diapasão, assiste razão ao juízo *a quo* ao concluir que a indenização em caso de invalidez por acidente seria aquela prevista na tabela descrita na apólice, nos moldes do pedido exordial, no total de R\$ 50.000,00.

De fato, o entendimento desta Câmara é no sentido de que, no que concerne ao montante da indenização securitária, esta equivale ao capital segurado, nos termos do contrato.

A propósito, confira-se:

0128017-61.2014.8.19.0001 – APELAÇÃO Des(a). ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO - Julgamento: 06/09/2018 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL - APELAÇÃO CÍVEL. SENTENÇA (INDEX 187) QUE JULGOU IMPROCEDENTES OS PEDIDOS. RECURSO DA AUTORA A QUE SE DÁ PROVIMENTO, PARA CONDENAR A DEMANDADA (I) AO PAGAMENTO DO MONTANTE EQUIVALENTE AO CAPITAL SEGURADO (R\$123.829,67), NOS TERMOS DO CONTRATO, ACRESCIDO DE JUROS DE 1% A PARTIR DA CITAÇÃO E CORREÇÃO MONETÁRIA, A CONTAR DA NEGATIVA DE PAGAMENTO DA SEGURADORA; (II) DETERMINAR O PAGAMENTO DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS, NO VALOR DE R\$ 5.000,00, DEVENDO INCIDIR JUROS DE MORA DESDE A CITAÇÃO E CORREÇÃO MONETÁRIA A CONTAR DA PRESENTE DECISÃO; E (III) CONDENAR A RÉ AO PAGAMENTO DAS DESPESAS PROCESSUAIS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS FIXADOS EM 10% DO VALOR DA CONDENAÇÃO. Cinge-se a controvérsia sobre recusa de pagamento de indenização securitária, sob o argumento de doença preexistente. Alega a Autora que pactuou seguro habitacional em decorrência de contrato de financiamento de imóvel com a Caixa Econômica Federal. Restou incontroverso que o seguro foi contratado em 16/08/2011, conforme documento do indexador 17. Informa a Suplicante que havia previsão de quitação do contrato em caso de invalidez permanente, tendo comprovado a Autora que em 2013 foi reformada pela Marinha por invalidez permanente, nos termos da Portaria 2120/2012. Já a Requerida não nega a previsão de quitação do contrato em caso de invalidez permanente, contudo, alega que, no caso da Autora, a invalidez decorreu de doença preexistente, de conhecimento da Suplicante, e, portanto, não seria cabível a cobertura securitária. Verifica-se, do conjunto probatório, que não há comprovação de que a Demandante teria preenchido de próprio punho declaração de saúde no ato da contratação do seguro. Observa-se que foi anexada a proposta de adesão ao seguro (index 17), inexistindo questionário de patologias preexistentes. Nota-se que não há que se falar em má-fé da Consumidora, visto que a proposta está desacompanhada do questionário de perfil ou de avaliação de risco preenchida de próprio punho pelo segurado. Ademais, a Requerida não se desincumbiu de seu ônus probante, a teor do artigo 373, inciso II, do Novo Código de Processo Civil, diante da ausência de comprovação de que teria realizado exames para verificação de possível doença preexistente. O fato de a contratação do seguro habitacional ser corolário do financiamento de imóvel não desonera a Ré de seu munus, porquanto aceitou a proposta e, sem submeter o segurado a exame para a verificação de possível doença preexistente, deu início à cobrança dos valores mensais. Sobre o tema, o Superior Tribunal de Justiça se manifestou, conforme Súmula 609 (é ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a seguradora não submeteu o segurado a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé) (Súmula 609, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018). A circunstância de ter sofrido queda em 2010 não é apta a demonstrar má-fé na contratação de seguro, em 2011, à falta de outras provas de que sua saúde estivesse prejudicada. A Requerida não agiu com a cautela necessária, tanto que permitiu contratação do seguro, devendo arcar com o pagamento da indenização securitária. Assim, deve arcar com o pagamento da indenização, nos termos do contrato (R\$123.829,67). Por outro lado, a negativa de pagamento da indenização securitária violou os direitos da personalidade da Suplicante. O arbitramento da compensação

dos danos morais deve ser consentâneo com os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, sendo compatível com a reprovabilidade da conduta do agente sem que, no entanto, represente enriquecimento sem causa para a vítima, situação vedada pelo art. 884, do Código Civil. Dessa forma, levando-se em conta as circunstâncias do caso concreto, está a se impor a condenação da Ré ao pagamento de compensação por danos morais, no valor de R\$5.000,00, devendo incidir juros de mora desde a citação e correção monetária a contar da presente decisão.

Todavia, a correção monetária referente à indenização securitária, deve incidir desde a data da contratação até o efetivo pagamento, nos termos da Súmula nº 632 do STJ:

“Nos contratos de seguro regidos pelo Código Civil a correção monetária sobre indenização securitária incide a partir da contratação até o efetivo pagamento.”

Por se tratar de responsabilidade contratual, o montante indenizatório deve ser acrescido de juros de mora a contar da citação, nos moldes do art. 405, do CC. Refira-se:

0001142-09.2014.8.19.0078 – APELAÇÃO 1ª Ementa Des(a). ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO - Julgamento: 12/09/2024 - DECIMA SETIMA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 26ª CÂMARA CÍVEL) APELAÇÃO CÍVEL. SENTENÇA (INDEX 196) QUE JULGOU PROCEDENTE, EM PARTE, O PEDIDO A FIM DE CONDENAR A RÉ AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO NO VALOR DE R\$1.350,00, ACRESCIDO DE JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA DESDE A DATA DO EVENTO DANOSO. RECURSO DA DEMANDADA AO QUAL SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO PARA DETERMINAR A INCIDÊNCIA DOS JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. A controvérsia gira em torno da ausência de pagamento do valor devido relativo ao seguro DPVAT. Insurgiu-se a Requerida contra a sentença que julgou procedente, em parte, o pedido do Autor. Restou incontroverso que o Reclamante sofreu acidente automobilístico, sendo devida a indenização securitária, restando apenas analisar o montante devido. O laudo pericial demonstrou que o Requerente teve invalidez permanente parcial incompleta, equivalente a 10% do comprometimento patrimonial físico. In casu, aplicam-se as Súmulas n. 474, do STJ, e n. 233, do TJERJ. Deste modo, está a se impor a condenação da Requerida ao pagamento da indenização correspondente ao grau de invalidez apurado no laudo pericial, que, no presente caso, foi apontado em 10% do comprometimento patrimonial físico. No que tange aos juros de mora, no caso de responsabilidade contratual e em que a dívida é ilíquida, devem ter como dies a quo a data da citação, nos moldes do art. 405, do Código Civil, eis que é este o momento da constituição em mora do devedor. Precedente.

Apelação. Ação indenizatória. Contrato de seguro de vida e acidentes pessoais. Comprovação de que o autor sofreu queda do 3º andar e permaneceu internado por longo período, tendo como sequela invalidez permanente (paraplegia). Pagamento da seguradora que não abrangeu a cobertura relativa à internação hospitalar prevista na apólice. Sentença de procedência parcial. Apelo da ré. Recurso desprovido. Retificação da sentença, de ofício, quanto aos consectários da condenação. Aplicação da Súmula 632 do STJ. (0002682-35.2019.8.19.0008 - APELAÇÃO. Des(a). AGOSTINHO TEIXEIRA DE ALMEIDA FILHO - Julgamento: 22/11/2023 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 24ª CÂMARA)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZATÓRIA. SEGURO DE VIDA. RECUSA DE PAGAMENTO SOB O FUNDAMENTO DE ÓBITO DECORRENTE DE DOENÇA PREEXISTENTE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL. APELAÇÃO INTERPOSTA PELA SEGURADORA QUE DEVE SER REJEITADA. SEGURADORA QUE, NO ATO DA CONTRATAÇÃO, NÃO REALIZOU EXAMES MÉDICOS NA SEGURADA, TAMPOUCO DEMONSTROU A MÁ-FÉ DESTA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 609 DO STJ: "A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado." ACERTO DA SENTENÇA QUE DETERMINOU O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE OBSERVAR O PRECONIZADO NA SÚMULA Nº 632, TAMBÉM DO EG. STJ. RETIFICAÇÃO, DE OFÍCIO, COM RELAÇÃO AOS CONSECUTÓRIOS LEGAIS DA CONDENAÇÃO. MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA. RECURSO DESPROVIDO. (0014733-94.2022.8.19.0001 - APELAÇÃO. Des(a) MÔNICA FELDMAN DE MATTOS - Julgamento: 06/07/2023 - VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL)

Superado esse ponto, cumpre analisar a existência dos danos morais.

Há que se reconhecer que a recusa da seguradora em efetuar o pagamento da indenização ensejou frustração da legítima expectativa do consumidor quanto ao cumprimento do seguro, impingindo-o a ingressar no Judiciário para solucionar o problema, e respaldando, por consequência, a reparação pecuniária por dano moral.

Mirem-se, nesse sentido, os seguintes julgados:

Apelação cível. Relação de consumo. Cobrança de seguro de vida. Morte do Segurado. Resistência da seguradora em Pagar a indenização securitária aos Beneficiários, esposa e filhas do falecido. Sentença de improcedência dos pedidos, sob o fundamento de falta de interesse de agir, devido à ausência de documentação apta a instruir o pedido na via administrativa. Exigência Injustificada de apresentação de Documentação. Comprovação, nos autos, da relação jurídica existente entre as partes, bem como da condição de Beneficiários dos demandantes. Abusividade da recusa ao pagamento da indenização devida pelo seguro contratado, em razão de suposta ausência de apresentação da documentação necessária à Regulamentação do sinistro, fato este que Não se comprovou. Alegação de doença preexistente que não torna legítima a recusa ao pagamento da indenização, uma vez que incumbia à seguradora a realização de exames para verificação do estado de saúde do segurado. Ré acosta documentos da ciência do "de cujus" sobre a doença que o vitimou, no entanto, deixou de carrear a apólice para a verificação da preexistência. Competia à apelada demonstrar que o segurado, no ato da contratação, omitiu informações acerca de doença da qual tinha conhecimento, com a intenção de obter vantagem, ônus do qual não se desincumbiu. Falha na prestação do serviço, fazendo jus as apelantes ao pagamento da indenização contratada na apólice. Dano moral configurado. O aborrecimento imposto às autoras ultrapassa o mero dissabor cotidiano. Abusiva a recusa da seguradora a efetuar o pagamento da indenização ensejando flagrante frustração da expectativa das consumidoras quanto à prestação do serviço de seguro, respaldando, por consequência, a condenação à reparação moral. DÁ-SE PROVIMENTO AO RECURSO. APELAÇÃO 0005906-08.2015.8.19.0206 - 1ª Ementa. Des(a). ANA CÉLIA MONTEMOR SOARES RIOS GONÇALVES - Julgamento: 01/02/2017 - VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

0012049-79.2016.8.19.0205 – APELAÇÃO 1ª Ementa Des(a). MARGARET DE OLIVARES VALLE DOS SANTOS - Julgamento: 22/01/2020 - DÉCIMA OITAVA CÂMARA CÍVEL - APELAÇÃO CÍVEL. Relação de consumo. Contrato de seguro de vida. Segurado que foi acometido de doença incapacitante que o afastou de suas atividades laborais dando ensejo a sua aposentação por invalidez. Laudo médico que comprovou a invalidez permanente e irreversível do autor. Condições clínicas atestadas no laudo que não trazem diferenciação de invalidez funcional e invalidez laboral. Cláusula contratual que traz limitação ao direito do segurado que deveria estar convencionada de forma clara e cuja interpretação deve ser direcionada sempre a favor do consumidor. Negativa de pagamento da indenização pela seguradora ao argumento de que a patologia do autor não o incapacita para a prática de atividades cotidianas que garantam uma existência independente que se mostra abusiva. Dano moral configurado. Sentença de procedência que se mantém. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

A condenação imposta deve representar para a vítima uma satisfação capaz de amenizar de alguma forma o sofrimento impingido com a dor moral que exceda a normalidade, exigindo reparação que deverá atentar para o caráter pedagógico da medida e os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Assim, considerando-se os parâmetros supramencionados, além das peculiaridades do caso, mostra-se adequado e em consonância com os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a título de danos morais.

Nesse sentido:

0106842-35.2019.8.19.0001 – APELAÇÃO Des(a). ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO - Julgamento: 14/07/2020 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL APELAÇÃO CÍVEL. SENTENÇA (INDEX 333) QUE JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO PARA CONDENAR A SEGUNDA RECLAMADA A PAGAR A INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA REFERENTE À APÓLICE N.º 883684, ALÉM DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS, NO VALOR DE R\$ 10.000,00 PARA CADA AUTOR, E; JULGOU IMPROCEDENTE O PEDIDO NO QUE TANGE À APÓLICE N.º 934833. JULGOU EXTINTO O FEITO, SEM EXAME DO MÉRITO, QUANTO AO PRIMEIRO RÉU, POR ILEGITIMIDADE PASSIVA. RECURSO DA SEGUNDA RÉ, COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL, AO QUAL SE NEGA PROVIMENTO. Cinge-se a controvérsia em apurar se a recusa da segunda Requerida em pagar a indenização securitária teria sido justificada. Analisando-se a motivação da recusa de pagamento da indenização, observa-se que a segunda Demandada negou o requerimento dos Reclamantes sob a alegação de que a apólice n.º 883684 teria sido cancelada pela própria seguradora, em 17/01/2019, ou seja, antes da ocorrência do sinistro, em 30/01/2019. Todavia, a seguradora Suplicada não apresentou qualquer documento que comprovasse o requerimento de cancelamento da referida apólice, limitando-se a apresentar telas do próprio sistema, as quais, por si só, não podem ser admitidas como prova, porquanto unilateralmente produzidas. Ressalte-se que, na data da suposta solicitação de cancelamento da apólice n.º 883684, a seguradora estava internada em unidade de terapia intensiva, como se vê no relatório médico de fl. 38 (index 28). Ademais, como registrado na sentença, não faria

sentido a seguradora cancelar seguro de vida, que realizara há pouco tempo, justamente quando passou a encontrar-se enferma, com risco de morte. Destoando, verifica-se que se revelou injustificada e abusiva a recusa de pagamento da indenização securitária, restando caracterizada a falha na prestação do serviço, ensejando o dever de indenizar pelos danos daí decorrentes. Ademais, a seguradora não logrou comprovar quaisquer das excludentes de responsabilidade previstas no artigo 14, §3º, do Código de Defesa do Consumidor. Destarte, está a se impor a condenação da Requerida ao pagamento de indenização securitária à qual os Suplicantes fazem jus, referente à apólice n.º 883684. Por outro lado, a negativa de pagamento da indenização securitária, notadamente em período de vulnerabilidade, em razão do falecimento da mãe, violou os direitos da personalidade dos Suplicantes. O arbitramento da compensação dos danos morais deve ser consentâneo com os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, sendo compatível com a reprovabilidade da conduta do agente sem que, no entanto, represente enriquecimento sem causa para a vítima, situação vedada pelo art. 884, do Código Civil. Deste modo, levando-se em conta as circunstâncias do caso concreto, afigura-se razoável e proporcional o valor de R\$ 10.000,00, para cada Demandante, fixado pelo r. Juízo a quo para compensação dos danos morais. Note-se que, decerto houve diminuição de meios para o sustento dos descendentes da seguradora, situação que poderia ter sido amenizada com o pagamento da indenização do seguro, o que não ocorreu. Precedente.

0270233-79.2013.8.19.0001 – APELAÇÃO Des(a). NATACHA NASCIMENTO GOMES TOSTES GONÇALVES DE OLIVEIRA - Julgamento: 30/05/2018 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL Apelação. Seguro de vida coletivo. Negativa de pagamento de indenização securitária ao argumento de que a incapacidade parcial não está coberta pela apólice. Sentença de procedência do pedido para condenar o réu a pagar a quantia referente a 100% do capital social segurado contratado, no valor de R\$ 31.466,64 e compensação por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. Apelo da parte ré. Restou incontroverso que a doença funcional do autor está coberta pelo contrato de seguro de vida em grupo da qual participava até sua efetiva aposentadoria por invalidez. Laudo pericial conclusivo afirmando que o autor possui incapacidade parcial e permanente decorrente de doença funcional. Dano moral configurado e mantido em seu valor original. Negativa indevida de pagamento da verba referente a seguro em momento de dor do beneficiário. Recusa de solução na esfera administrativa. Valor adequado. Súmula 343 do TJ/RJ. Sentença que deu correta solução ao caso. RECURSO DESPROVIDO.

Ante o exposto, **VOTO** pelo **DESPROVIMENTO** dos recursos das rés e **PROVIMENTO PARCIAL** do recurso adesivo do autor, para condenar as rés, solidariamente, ao pagamento de danos morais no valor de dez mil reais, acrescido de correção monetária a contar da presente e juros de mora a contar da citação e, no que tange à indenização securitária, determinar a incidência dos juros de mora a partir da citação e correção monetária desde a data da contratação até o efetivo pagamento, majorando os honorários advocatícios em 2%, na forma do artigo 85, §11, do CPC, mantendo, no mais, a sentença.



Rio de Janeiro, na data da sessão de julgamento.

DES. SANDRA SANTARÉM CARDINALI
Relatora