

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0294322.42.2013.8.09.0100

COMARCA DE LUZIÂNIA

APELANTE : MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

APELADO : PAULO CAMARGO

AGRAVO RETIDO: DOC. 41, EVENTO N. 3.

AGRAVANTE: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AGRAVADO: PAULO CAMARGO

RELATOR : **DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE**

RELATÓRIO

Trata-se de **Apelação Cível**, interposta pela **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**, contra a sentença (doc. 73, evento n. 3), prolatada pelo MM. Juiz de Direito da comarca de Luziânia, Dr. Eduardo Perez de Oliveira, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA**

C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, proposta por **PAULO CAMARGO**, ora Apelado.

Ressai da inicial, que, em 16/10/2009, o Autor aderiu a um seguro de vida que contemplava o recebimento de indenizações pelos eventos morte, invalidez funcional decorrente de acidente, ou doença e assistêmica funeral familiar.

Disse que, em 24/01/2012, apresentou um quadro de precordialgia em aperto, motivo pelo qual foi submetido a tratamento hospitalar para a realização do procedimento denominado estratificação invasiva.

Esclareceu que, em razão do seu estado de saúde, ficou impossibilitado de retomar suas atividades laborais, tendo sido encaminhado à Junta Médica de seu órgão empregador, onde foi atestado, em 05/04/2013, sua incapacidade para o trabalho.

Acrescentou que, em 02/05/2013, foi publicada, no Diário Oficial do Distrito Federal, a sua aposentadoria por invalidez.

O Autor afirmou que solicitou, administrativamente, o pagamento da indenização securitária, em razão da invalidez decorrente de sua doença, mas que tal pedido foi negado, pela Seguradora Ré, sob a assertiva de que ele não preenchia os requisitos autorizadores.

Por esse motivo, além da cobrança do valor da indenização prevista na sua apólice de seguro, de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), o Autor pleitou o recebimento de indenização por danos morais, cujos

pedidos foram assim julgados:

(...)

No caso em tela, o autor está incapacitado total e de forma permanente em decorrência da doença sofrida, não restando dúvida quanto ao direito de receber o valor constante do contrato de seguro.

(...)

Isto posto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido inicial, com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para condenar a requerida ao pagamento de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a título de indenização por invalidez permanente, devendo o montante ser atualizado, monetariamente, pelo índice INPC, a partir da data do ajuizamento da ação, acrescidos de juros legais de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação.

Julgo improcedente o pedido de indenização por danos morais.

Havendo sucumbência recíproca, condeno as partes ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios aos seus respectivos patronos que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil, observada a gratuidade concedida.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos com as baixas necessárias, sem prejuízo de posterior desarquivamento a pedido da parte interessada”.

Irresignada com a sentença, a Ré/Apelante **(MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A)** interpôs o presente Recurso de Apelação (doc. 83, evento n. 3).

Em sede preliminar, aduziu que, no doc. 31 do evento n. 3, foi proferida decisão saneadora do feito, a qual rejeitou a alegação prejudicial de mérito, suscitada por ela, em sede de contestação, relativa à ocorrência da prescrição da pretensão deduzida pelo Autor/Apelado.

Para tanto, afirmou que ele teve ciência de sua invalidez no dia 24/01/2012, mas que só ajuizou a presente ação em 19/08/2013, após o transcurso de 01 (um) ano, previsto no artigo 206, inciso II, alínea "b", do Código Civil.

Requeru, assim, o conhecimento e provimento do Agravo Retido, com a extinção do feito, pela prescrição.

No mérito do Recurso Apelarório, a Seguradora Apelante argumentou que o Apelado não logrou êxito em comprovar a sua invalidez permanente e total por doença, pois a incapacidade demonstrada nos autos é, apenas, laborativa.

Assim, afirmou que, para fins de recebimento da indenização securitária, o segurado deve comprovar limitação total para o exercício das atividades autonômicas, tais como alimentar-se, deambular, vestir-se, dentre outras funções básicas e que o Apelado não perdeu tais habilidades.

Disse que sua obrigação se restringe ao que foi contratado e que, no caso em estudo, sua responsabilidade só pode ser exigida, caso o segurado não consiga realizar atividade alguma e que, na

espécie, a limitação por ele afirmada se limita ao âmbito laboral.

Requeru o conhecimento e provimento do recurso,
para reformar a sentença.

O preparo foi devidamente recolhido (doc. 84, evento
n. 3).

Devidamente intimado, o Apelado apresentou suas
contrarrazões recursais, conforme se observa no doc. 86 do evento n. 3.

É o relatório.

Vistos. Peço dia para julgamento.

Goiânia, data e hora da assinatura eletrônica

DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE

Relator

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0294322.42.2013.8.09.0100

COMARCA DE LUZIÂNIA

APELANTE : MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

APELADO : PAULO CAMARGO

AGRAVO RETIDO: DOC. 41, EVENTO N. 3.

AGRAVANTE: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AGRAVADO: PAULO CAMARGO

RELATOR : **DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE**

V O T O

Presentes os requisitos legais de admissibilidade, conheço do recurso.

Conforme visto, trata-se de **Apelação Cível**, interposta pela **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**, contra a sentença (doc. 73, evento n. 3), prolatada pelo MM. Juiz de Direito da comarca de Luziânia, Dr. Eduardo Perez de Oliveira, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS**, proposta por **PAULO CAMARGO**, ora Apelado.

Ressai da inicial, que, em 16/10/2009, o Autor aderiu a um seguro de vida que contemplava o recebimento de indenizações pelos eventos morte, invalidez funcional decorrente de acidente, ou doença e

assistêmica funeral familiar.

Disse que, em 24/01/2012, apresentou um quadro de precordialgia em aperto, motivo pelo qual foi submetido a tratamento hospitalar para a realização do procedimento denominado estratificação invasiva.

Esclareceu que, em razão do seu estado de saúde, ficou impossibilitado de retomar suas atividades laborais, tendo sido encaminhado à Junta Médica de seu órgão empregador, onde foi atestado, em 05/04/2013, sua incapacidade para o trabalho.

Acrescentou que, em 02/05/2013, foi publicada, no Diário Oficial do Distrito Federal, a sua aposentadoria por invalidez.

O Autor afirmou que solicitou, administrativamente, o pagamento da indenização securitária, em razão da invalidez decorrente de sua doença, mas que tal pedido foi negado, pela Seguradora Ré, sob a assertiva de que ele não preenchia os requisitos autorizadores.

Por esse motivo, além da cobrança do valor da indenização prevista na sua apólice de seguro, de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), o Autor pleitou o recebimento de indenização por danos morais, cujos pedidos foram assim julgados:

(...)

No caso em tela, o autor está incapacitado total e de forma permanente em decorrência da doença sofrida, não restando dúvida quanto ao direito de receber o valor constante do contrato de seguro.

(...)

Isto posto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido inicial, com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para condenar a requerida ao pagamento de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a título de indenização por invalidez permanente, devendo o montante ser atualizado, monetariamente, pelo índice INPC, a partir da data do ajuizamento da ação, acrescidos de juros legais de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação.

Julgo improcedente o pedido de indenização por danos morais.

Havendo sucumbência recíproca, condeno as partes ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios aos seus respectivos patronos que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil, observada a gratuidade concedida.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos com as baixas necessárias, sem prejuízo de posterior desarquivamento a pedido da parte interessada”.

Irresignada com a sentença, a Ré/Apelante **(MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A)** interpôs o presente Recurso de Apelação (doc. 83, evento n. 3).

Em sede preliminar, aduziu que, no doc. 31 do evento n. 3, foi proferida decisão saneadora do feito, a qual rejeitou a alegação prejudicial de mérito, suscitada por ela, em sede de contestação, relativa à ocorrência da prescrição da pretensão deduzida pelo Autor/Apelado.

Para tanto, afirmou que ele teve ciência de sua invalidez no dia 24/01/2012, mas que só ajuizou a presente ação em 19/08/2013, após o transcurso de 01 (um) ano, previsto no artigo 206, inciso II, alínea "b", do Código Civil.

Requeru, assim, o conhecimento e provimento do Agravo Retido, com a extinção do feito, pela prescrição.

No mérito do Recurso Apelatório, a Seguradora Apelante argumentou que o Apelado não logrou êxito em comprovar a sua invalidez permanente e total por doença, pois a incapacidade demonstrada nos autos é, apenas, laborativa.

Assim, afirmou que, para fins de recebimento da indenização securitária, o segurado deve comprovar limitação total para o exercício das atividades autonômicas, tais como alimentar-se, deambular, vestir-se, dentre outras funções básicas e que o Apelado não perdeu tais habilidades.

Disse que sua obrigação se restringe ao que foi contratado e que, no caso em estudo, sua responsabilidade só pode ser exigida, caso o segurado não consiga realizar atividade alguma e que, na espécie, a limitação por ele afirmada se limita ao âmbito laboral.

Requeru o conhecimento e provimento do recurso, para reformar a sentença.

O preparo foi devidamente recolhido (doc. 84, evento

n. 3).

Devidamente intimado, o Apelado apresentou suas contrarrazões recursais, conforme se observa no doc. 86 do evento n. 3.

De início, analiso o **AGRAVO RETIDO**, interposto pela **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**.

Extrai-se dos autos, que, por meio da decisão saneadora consubstanciada no doc. 31 do evento n. 3, o ilustre condutor do feito afastou a prejudicial de mérito, alegada na contestação, relativa à prescrição da pretensão deduzida nos presentes autos.

É cediço que, nos moldes do Código de Processo Civil/1973 (em vigor à época da publicação da referida decisão saneadora), para o conhecimento do Agravo Retido, necessário se fazia o requerimento expresso do seu conhecimento, nas razões do recurso, ou na resposta da Apelação, como se via no revogado artigo 523, § 1º, daquela Norma Processual, a qual continha a seguinte redação:

"Art. 523. Na modalidade de agravo retido o agravante requererá que o tribunal dele conheça, preliminarmente, por ocasião do julgamento de apelação.

§ 1º Não se conhecerá do agravo se a parte não requerer expressamente, nas razões ou na resposta da apelação, sua apreciação pelo tribunal."

Na hipótese, constata-se que a **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A** cumpriu a exigência contida no § 1º da norma mencionada, ou seja, pugnou, nas razões do seu Apelo, pela análise

do seu Agravo Retido, pelo Tribunal, fato que enseja o conhecimento desta peça recursal.

Feitas essas considerações, denoto que o Autor/Agravado apresentou um quadro de precordialgia em aperto, tendo sido submetido a cirurgia cardíaca, em 25/01/2012, ficando impossibilitado de retornar as suas atividades laborativas, em razão de orientação médica comprovada em atestados.

A partir de sua alta do hospital, o Autor/Recorrido continuou realizando o tratamento médico ambulatorial, sendo que, apenas em 05/04/2013, foi emitido laudo pericial, informando que ele é portador de *"incapacidade laborativa total e permanente, não suscetível de readaptação funcional"*.

Ressai claro, portanto, que não é possível considerar, como marco inicial, a data em que o Segurado/Agravado foi submetido ao procedimento cirúrgico cardíaco, pois, até aquele momento, não era possível afirmar que ele apresentava um quadro incapacitante.

Nesse contexto, a contagem do prazo da prescrição anual para o ajuizamento da demanda securitária deve ser feita observando-se, como termo inicial, a data da ciência inequívoca, pelo Segurado, da ocorrência de sua incapacidade laboral, conforme orienta a Súmula 278 do STJ. Veja-se:

"Súmula 278. O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral".

Na hipótese em comento, apenas em 05/04/2013, o Autor teve ciência inequívoca de sua invalidez, devendo ser este o marco inicial para a contagem do prazo prescricional.

Assim, ainda que se afirme que tal perícia foi realizada para fins de aposentadoria e que o Autor já tinha ciência de sua invalidez em momento pretérito, tal afirmação não pode ser comprovada pela Seguradora Agravante, notadamente em razão do fato de que, antes da perícia, o Segurado estava em gozo de licença médica, a qual poderia ser plenamente cancelada, caso ele recuperasse a sua saúde.

Sobre o tema, confira-se:

"(...) 1- A pretensão do segurado em grupo contra a seguradora prescreve em um ano, fluindo o prazo a partir da ciência inequívoca da incapacidade laboral, fato ocorrente na espécie diante da aposentadoria do Agravante, após submeter-se à perícia médica pelo INSS; (...)".

(TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 313066-82.2006.8.09.0051, Rel. DES. OLAVO JUNQUEIRA DE ANDRADE, 5ª CÂMARA CÍVEL, julgado em 09/07/2015, DJe 1828 de 17/07/2015, g.).

Observa-se, ainda, que o Autor postulou, administrativamente, o pagamento do seguro, ocasião em que a Ré negou o referido pedido, comunicando-lhe tal fato, em correspondência emitida em 28/06/2013 (doc. 3, evento n. 3).

Portanto, considerando que a presente ação foi

ajuizada em agosto de 2013, não há falar-se em prescrição, motivo pelo qual **CONHEÇO** do **AGRAVO RETIDO** e **LHE NEGO PROVIMENTO**.

Passo, agora, à análise do Apelo.

DO CONTRATO DE SEGURO.

Inicialmente, impende salientar que as relações contratuais de natureza securitária se submetem aos ditames da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), pois, estando as empresas de seguro enquadradas na expressão fornecedor, na modalidade de prestador de serviços, tal como descrita no *caput* do artigo 3º da referida lei consumerista, prestam serviços de natureza securitária, previstos no §2º daquele dispositivo. Veja-se:

"Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

*§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e **securitária**, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista."*

Grifei.

Assim, os contratos de seguro estão submetidos ao Código de Proteção do Consumidor, devendo suas cláusulas estarem de

acordo com tal diploma legal e serem respeitadas as formas de interpretação e elaboração contratuais, especialmente a respeito do conhecimento, ao consumidor, do conteúdo do contrato, para coibir desequilíbrios entre as partes, principalmente, em razão da sua hipossuficiência, em relação ao fornecedor do serviço.

Como cediço, o contrato de seguro de vida e invalidez é o que garante, mediante o prêmio anual que se ajustar, o pagamento de certa soma, em razão de morte, doença, ou acidente do Segurado.

De outro lado, a obrigação da Seguradora é a de pagar o seguro quando advém o sinistro, nos termos do artigo 757 do Código Civil, *verbis*:

"Art. 757 – Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados".

Insta consignar que o contrato de seguro é de natureza aleatória, vinculando-se a evento futuro e incerto causador do prejuízo, sendo que a prova da contratação se dá por meio da apólice, ou bilhete do seguro. Na falta deles, o contrato pode ser provado por documento comprobatório de pagamento do respectivo prêmio.

A apólice é o instrumento do contrato de seguro, contendo as regras gerais do negócio celebrado e a sua emissão deve ser precedida de proposta escrita, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco.

Compulsando os autos, verifico ser fato incontroverso a invalidez permanente do Autor (miocardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca classe funcional III - NYHA), conforme perícia médica (doc. 69, evento n. 3), bem como, a existência do contrato de seguro de vida e invalidez, firmado entre a Seguradora Ré/Apelante e o Autor/Apelado, representado pela proposta de contrato nº 100864110 (fl. 100).

A Seguradora/Apelante se recusa a realizar o pagamento da indenização ao Autor, sob o argumento de que a invalidez decorrente de doença, que autoriza o seu pagamento, é aquela que incapacita, totalmente, o segurado. Ou seja, que compromete, de forma absoluta a sua capacidade autonômica, que, nas palavras da Recorrente, são "*aquelas inerentes à subsistência digna de qualquer ser humano (alimentar-se, deambular, banhar-se, vestir-se, dentre outras)*" – fl. 263 do recurso.

Ocorre que, da leitura da proposta de seguro firmada entre as partes, vislumbra-se, apenas, a cobertura em caso de invalidez, ou doença, não havendo referência alguma à perda da capacidade autonômica do contratante.

Já as "Condições Gerais" do seguro estabelecem o seguinte:

"Art. 5º. (...)

II – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): É a garantia do pagamento de uma indenização em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que causa a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência do seguro.

Art. 6º. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos especificados no art. 34.

Art. 7º. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotadas pela classe médica especializada – de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopática grave".

(...)".

Ou seja, a apólice considerou as doenças cardiovasculares como riscos cobertos pelo seguro contratado entre as partes, não havendo falar-se, portanto, que o Autor/Apelado deve perder, totalmente, sua capacidade autonômica para que faça jus ao recebimento da indenização pleiteada.

Ainda sobre o assunto, é mister ressaltar que o laudo pericial (doc. 69, evento n. 3), elaborado judicialmente, foi preciso ao afirmar que o Autor/Apelado está impossibilitado de realizar qualquer atividade que exija esforço.

Ao responder os quesitos apresentados pela Seguradora Apelante, a ilustre *expert* informou o seguinte:

"(...)

*O autor é portador de **cardiopatía grave**, caracterizada por miocardiopatía isquêmica associada à diabetes mellitus, evidência de doença arterial obstrutiva nos membros inferiores e insuficiência cardíaca classe funcional III, conforme exame clínico".*

Ainda de acordo com aquele laudo, a invalidez do Autor/Apelado é total e permanente.

Assim, analisando-se a referida apólice e a respectiva proposta, juntadas pela Seguradora, observo que uma das coberturas contratadas é a de invalidez permanente, por doença, com o Capital Básico Global segurado, no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), não havendo, nela, **referência alguma à qualquer excludente de cobertura**.

Neste contexto, não obstante os respeitáveis argumentos colacionados pela Seguradora/Apelante, de que devem ser observadas as "Condições Gerais Seguro de Vida em Grupo", reputo que, no caso, inexistente comprovação de que o Autor/Apelado tenha, no momento da contratação, recebido tais "Condições Gerais", nas quais constam as restrições dos seus direitos.

Outrossim, pelos documentos juntado aos autos, nota-se que o tipo de moléstia apresentado pelo Autor/Segurado está dentre aquelas cobertas pelo seguro, o que lhe garante o recebimento da

indenização pleiteada.

Com efeito, em se tratando de contrato de seguro, a responsabilidade do segurador é limitada ao risco assumido na apólice, ficando ele desobrigado de garantir os riscos excluídos no contrato.

Todavia, este não é o caso dos autos, pois, como visto, além de não existir a efetiva demonstração do fornecimento das "Condições Gerais Seguro de Vida", ao segurado, no momento da contratação, ônus que incumbia à Seguradora, o que, à evidência, demonstra sua falha no dever de informação, razão pela qual o consumidor não pode ser vinculado às cláusulas restritivas do seu direito, nos termos do Código de Defesa do Consumidor. Além disso, a doença apresentada pelo Autor/Apelado é plenamente coberta pelo referido contrato de seguro.

Sobre o tema em discussão, é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça:

"(...). II - Nas relações de consumo, o consumidor só se vincula às disposições contratuais em que, previamente, lhe é dada a oportunidade de prévio conhecimento, nos termos do artigo 46 do Código de Defesa do Consumidor. III - As informações prestadas ao consumidor devem ser claras e precisas, de modo a possibilitar a liberdade de escolha na contratação de produtos e serviços. Ademais, na linha do art. 54, §4º da Lei n. 8.078/90, devem ser redigidas em destaque as cláusulas que importem em exclusão ou restrição de direitos. (REsp 485.760/RJ, Rel. Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, Quarta Turma, julgado em

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

0294322.42 (25-K)

17/6/2003, DJ 1/3/2004, p. 186).” (STJ, AREsp n. 897671/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Decisão Monocrática publicada em 12/02/2016). Grifei.

"AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA. MORTE NATURAL. COBERTURA. CLÁUSULAS DÚBIAS. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO HIPOSSUFICIENTE. PRECEDENTES. 1. Esta Corte Superior já firmou entendimento de que, nos contratos de adesão, as cláusulas limitativas ao direito do consumidor contratante deverão ser escritas com clareza e destaque, para que não impeçam a sua correta interpretação. 2. A falta de clareza e dubiedade das cláusulas impõem ao julgador uma interpretação favorável ao consumidor (art. 47 do CDC), parte hipossuficiente por presunção legal, bem como a nulidade de cláusulas que atenuem a responsabilidade do fornecedor, ou redundem em renúncia ou disposição de direitos pelo consumidor (art. 51, I, do CDC), ou desvirtuem direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato (art. 51, §1º, II, do CDC). 3. Agravo regimental não provido." (STJ/3ª Turma, AgRg no REsp 1331935/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 10/10/2013). Grifei.

A propósito, este Tribunal de Justiça assim tem decidido:

"(...). 3. Nas relações de consumo, o consumidor só se vincula às disposições contratuais em que, previamente, lhe é dada a oportunidade de prévio

conhecimento, nos termos do artigo 46 do Código de Defesa do Consumidor, o que não ocorreu na espécie, na medida em que inexistente comprovação de que a autora tenha recebido as condições gerais do ajuste, nas quais constam a cláusula restritiva de seu direito. 5. (...). 1º APELO CONHECIDO E PROVIDO. 2º APELO CONHECIDO E DESPROVIDO.” (TJGO/4ªCC, AC nº 9641-76.2013.8.09.0051, Rel. DR. SEBASTIÃO LUIZ FLEURY, DJe nº 2097 de 25/08/2016). Grifei.

“(…). 1. Nos termos da apólice não há informação precisa e clara sobre a incidência prevista pela SUSEP, além daquela prevista no Anexo I. Nesses termos, o que deve prevalecer é apenas o contido na Tabela do Anexo I, previsto no contrato, em respeito ao dever de informação disciplinado pelos arts. 6º, inciso III e 31, ambos do Código de Defesa do Consumidor. 2. (...). 2. Agravo regimental conhecido e desprovido.” (TJGO/5ªCC, AC nº 255483-31.2013.8.09.0137, Rel. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO, DJe nº 1900 de 29/10/2015). Grifei.

Desse modo, verifico que o Autor faz jus ao recebimento da indenização securitária contratada perante a Ré/Apelante, referente ao Seguro de Vida, vez que restou comprovada a sua invalidez permanente, decorrente de doença grave.

DO ÔNUS SUCUMBENCIAL.

Observo, ainda, que a sucumbência foi arbitrada de

forma recíproca, na sentença, no valor de 10% (dez por cento) da condenação, percentual este a ser dividido entre os patronos.

Todavia, considerando que a Apelante **(MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A)** foi vencida no seu pedido, entendo que a verba honorária sucumbência, a ser paga ao patrono do Apelado, deve ser majorada, nos termos do citado artigo 85, §11, do Código de Processo Civil/2015, ao julgar o recurso de Apelação. Veja-se:

"Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.

(...).

§ 8º. Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.

§ 11. O tribunal, ao julgar recurso, majorará os honorários fixados anteriormente levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, observando, conforme o caso, o disposto nos §§ 2º a 6º, sendo vedado ao tribunal, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor, ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento."

Neste sentido, é a jurisprudência deste Tribunal de Justiça:

"(...). 6. Impõe-se a majoração dos honorários advocatícios em sede recursal, quando a parte for vencida em seus pedidos, nos moldes do art. 85, §11 do NCPC. Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida." (TJGO/3ªCC, AC nº 466663-50.2014.8.09.0032, Rel. DR(A). FERNANDO DE CASTRO MESQUITA, DJe nº 2171 de 19/12/2016). Grifei.

Assim, tendo em vista o trabalho adicional realizado

em grau recursal, **majoro a verba honorária** fixada, a ser paga em favor do patrono do Apelado **(PAULO CAMARGO), de 5% (cinco por cento) para 8% (oito por cento) sobre o valor da condenação**, com arrimo no que prescreve o artigo 85, §§ 8º e 11, do Código de Processo Civil/2015, aliado aos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

NA CONFLUÊNCIA DO EXPOSTO, **CONHEÇO DO AGRAVO RETIDO e DA APELAÇÃO CÍVEL E LHES NEGÓ PROVIMENTO**, mantendo a sentença.

Majoro a verba honorária sucumbencial, fixada na sentença, em favor do patrono do Apelado **(PAULO CAMARGO)** Apelante, **de 5% (cinco por cento) para 8% (oito por cento) sobre o valor da condenação**, com arrimo no que prescreve o artigo 85, §§ 8º e 11, do Código de Processo Civil/2015, aliado aos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

É o voto.

Goiânia, 15 de março de 2018.

DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE

Relator

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0294322.42.2013.8.09.0100

COMARCA DE LUZIÂNIA

APELANTE : MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

APELADO : PAULO CAMARGO

AGRAVO RETIDO: DOC. 41, EVENTO N. 3.

AGRAVANTE: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AGRAVADO: PAULO CAMARGO

RELATOR : **DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE**

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ POR DOENÇA. AGRAVO RETIDO. PRESCRIÇÃO. DATA DA PERÍCIA. DOENÇA CARDÍACA GRAVE COM PREVISÃO DE COBERTURA SECURITÁRIA. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS MAJORADOS EM GRAU RECURSAL.

1. O prazo prescricional anual, para que o segurado exerça a sua pretensão relativa à cobrança da indenização, prevista em seguro de vida e invalidez por doença, começa a correr a partir da realização da perícia médica, que atesta a sua incapacidade permanente e total, motivo pelo qual deve ser desprovida a tese da prescrição do direito do Autor, suscitada no Agravo Retido.

2. É dever da Seguradora informar adequadamente o consumidor/contratante acerca das cláusulas de exclusão de cobertura do seguro de vida e invalidez, decorrente de doença, por ele contratado. Assim, a simples afirmação de que as "condições gerais" do seguro mencionam a exclusão da cobertura decorrente de invalidez por doença, cuja indenização só é garantida àqueles que perdem todas as suas capacidades autonômicas, não é suficiente para exonerar a Seguradora do cumprimento de sua obrigação.

3. Considerando que as “condições gerais” do seguro preveem a cobertura, em caso de invalidez decorrente de doença cardiopática grave, não há razões para a negativa da indenização, quando o segurado comprovar o preenchimento do requisito legal para o recebimento da quantia segurada, devendo, por isso, ser mantida a sentença.

4. Tendo em vista o trabalho adicional realizado em grau recursal, majoro a verba honorária fixada, a ser paga em favor do patrono do Apelado, de 5% (cinco por cento) para 8% (oito por cento) sobre o valor da condenação, com arrimo no que prescreve o artigo 85, §§ 8º e 11, do Código de Processo Civil/2015, aliado aos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

**AGRAVO RETIDO E APELAÇÃO CÍVEL
CONHECIDOS E DESPROVIDOS.**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **APELAÇÃO CÍVEL Nº 0294322.42.2013.8.09.0100, DA COMARCA DE LUZIÂNIA.**

Acorda o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, em sessão pelos integrantes da Terceira Turma Julgadora da Quinta Câmara Cível, por unanimidade de votos, em **conhecer do Agravo Retido e Apelação e desprovê-los**, nos termos do voto do relator.

Votaram com o relator, os Desembargadores Olavo Junqueira de Andrade e Alan S. de Sena conceição.

Presidiu a sessão o Desembargador Alan S. de Sena

Conceição.

Representou a Procuradoria Geral de Justiça o Dr.
José Carlos Mendonça.

Goiânia, 15 de março de 2018.

DES. FRANCISCO VILDON J. VALENTE
Relator