



**Órgão** : 1ª TURMA CÍVEL  
**Classe** : APELAÇÃO CÍVEL  
**N. Processo** : **20150111067506APC**  
**(0031225-44.2015.8.07.0001)**  
**Apelante(s)** : VAGNER CUSTODIO CERQUEIRA CAMPOS  
**Apelado(s)** : MAPFRE VIDA SA  
**Relator** : Desembargador TEÓFILO CAETANO  
**Acórdão N.** : 1120870

### **E M E N T A**

**CIVIL, DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. CONTRATO DE SEGURO COLETIVO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS. SEGURADO. MILITAR. DIAGNÓSTICO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE E HIPERTENSÃO ESSENCIAL. RESTRIÇÕES FÍSICAS. DEBILIDADE INCOMPATÍVEL COM A ATIVIDADE CASTRENSE. INCAPACIDADE PERMANENTE INTEGRAL PARA A ATIVIDADE PROFISSIONAL DESENVOLVIDA. RISCO CONTRATADO. INCAPACIDADE PARA DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE MILITAR. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. OBJETO CONTRATADO. INVALIDEZ PROVENIENTE DE DOENÇA RESTRITA À SITUAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD. REQUISITO. PERDADA CAPACIDADE DE EXISTÊNCIA INDEPENDENTE. CAPACIDADE REMANESCENTE. PRESERVAÇÃO. INDENIZAÇÃO. DEFERIMENTO. IMPOSSIBILIDADE. INOVAÇÃO DAS COBERTURAS AVENÇADAS. ABUSIVIDADE DA MODULAÇÃO. INEXISTÊNCIA. PREVISÃO CONSOANTE A REGULAÇÃO NORMATIVA (RESOLUÇÃO SUSEP Nº 302/05, ARTS. 15 e 17). ELISÃO DO CONTRATADO. INVIABILIDADE. PEDIDO. REJEIÇÃO.**

**MANUTENÇÃO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. MAJORAÇÃO DA VERBA ORIGINALMENTE FIXADA. SENTENÇA E APELO FORMULADOS SOB A ÉGIDE DA NOVA CODIFICAÇÃO PROCESSUAL CIVIL (NCP, ART. 85, §§ 2º E 11). SENTENÇA MANTIDA.**

1. Enlaçando seguradora como fomentadora de serviços securitários decorrentes dos prêmios que lhe são destinados e pessoa física como destinatária final das coberturas avençadas, o contrato de seguro emoldura-se como relação de consumo, sujeitando-se, pois, às regras protetivas derivadas do Código de Defesa do Consumidor, notadamente no que se refere à sujeição do avençado a exegese que se afigure mais consentânea com o objeto do avençado e com os direitos do segurado, ensejando o temperamento da disposição contratual que elide as coberturas decorrentes de invalidez permanente diante de eventual informação adequada sobre as modulações impostas às coberturas (CDC, arts. 46, 47 e 54, § 4º).

2. As disposições contratuais insertas na apólice de seguro de vida em grupo que estabelecem que a cobertura securitária somente é devida se o segurado padecer de enfermidade grave, incapacitante e impassível de tratamento curativo e lhe enseje incapacidade até mesmo para se manter de forma independente, ou seja, se padecer de enfermidade terminal e encontrar-se em situação de completa dependência, são legítimas, porquanto autorizadas e pautadas pelo contratado em ponderação com os prêmios ajustados e canceladas pelo órgão regulador competente, mas, em se tratando de contrato de consumo, o reconhecimento da eficácia da modulação demanda a apreensão de que está expressa em cláusula destacada e fora objeto de prévia e clara informação ao consumidor aderente, consoante os princípios do dirigismo contratual, da boa-fé e do direito à clara e precisa informação sobre o objeto contratado, sem o que deve ser infirmada (CDC, arts. 47 e 51, IV, e § 1º, I, II e III).

3. As coberturas derivadas de contrato de seguro de vida que alcançam indenização proveniente de invalidez funcional

permanente total por doença - IFPD, moduladas pelos riscos acobertados na apólice de seguro, alcançam a incapacitação do segurado tão-só e exclusivamente para o caso de ser acometido de enfermidade grave, incapacitante e impassível de tratamento curativo que lhe enseje incapacidade até mesmo para se manter de forma independente, não se confundindo a cobertura com a advinda de invalidez laborativa permanente total por doença- ILPD, que se aperfeiçoa com a incapacidade do segurado para o exercício das atividades profissionais regulares que desenvolvia no momento da contratação, consoante a regulação advinda do órgão competente, que autoriza a modulação das coberturas (Circular SUSEP nº 302/05, arts. 15 e 17).

**4.** Emergindo a incapacitação que afligira o militar que aderira a contrato de seguro de vida em grupo de doenças crônicas impassíveis de serem qualificadas como doenças profissionais ou acidente laborativo - espondilite anquilosante (CID 10 M45) e hipertensão essencial primária (CID 10 I10) -, e que, conquanto implicando sua incapacitação para desenvolvimento de suas atividades profissionais habituais, não afetam sua capacidade de se manter de forma independente, inviabilizando que a incapacitação seja qualificada como de natureza funcional na dicção legal (Resolução SUSEP nº 302/05, art. 17), inviável que, moduladas as coberturas contratadas de forma clara e precisa, não remanescendo dúvida objetiva sobre os riscos assumidos na conformidade dos prêmios avençados, sejam ignoradas de molde a ser conferida cobertura sem previsão e contrapartida traduzida nos prêmios avençados e riscos assumidos.

**5.** Editada a sentença e aviado o apelo sob a égide da nova codificação civil, o desprovimento do recurso determina a majoração dos honorários advocatícios originalmente fixados e imputados ao recorrente, porquanto o novo estatuto processual contemplara o instituto dos honorários sucumbenciais recursais, devendo a majoração ser levada a efeito mediante ponderação dos serviços executados na fase recursal pelos patronos da parte exitosa e guardar observância à limitação da

verba honorária estabelecida para a fase de conhecimento (NCPC, arts. 85, §§ 2º e 11).

**6.** Apelação conhecida e desprovida. Majorados os honorários advocatícios. Unânime.

## **A C Ó R D ã O**

Acordam os Senhores Desembargadores da **1ª TURMA CÍVEL** do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, **TEÓFILO CAETANO** - Relator, **SIMONE LUCINDO** - 1º Vogal, **ROMULO DE ARAUJO MENDES** - 2º Vogal, sob a presidência da Senhora Desembargadora **SIMONE LUCINDO**, em proferir a seguinte decisão: **CONHECER E NEGAR PROVIMENTO, UNÂNIME**, de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília(DF), 29 de Agosto de 2018.

Documento Assinado Eletronicamente

**TEÓFILO CAETANO**

Relator

## RELATÓRIO

Cuida-se de **apelação** <sup>1</sup> interposta por **Vagner Custódio Cerqueira Campos** em face da **sentença** <sup>2</sup> que, resolvendo a ação de cobrança manejada em desfavor da **Mapfre Vida S/A.** almejando o recebimento de indenização por invalidez total e permanente decorrente do diagnóstico de espondilite anquilosante e Hipertensão Essencial Primária, julgara improcedente o pedido. Essa resolução negativa fora empreendida sob o fundamento de que a apólice que beneficia o autor não acoberta o risco inerente à invalidez provocada por doença que não enseja a perda da existência independente do segurado, não subsistindo abusividade nessa disposição. Como corolário dessa resolução, a sentença condenara o autor ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios arbitrados em R\$5.000,00 (cinco mil reais), nos termos do art. 85, §§ 2º e 8º, do NCPC.

Inconformado com essa resolução, o autor apelara almejando a reforma da sentença, com a conseqüente procedência do pedido formulado. Como estofo da pretensão reformatória, aduzira, em suma, que sua incapacidade total para todo e qualquer trabalho restara configurada, porquanto viera a ser reputado incapaz para o serviço militar e, ademais, o afirmado pela perícia oficial fora corroborado pelo perito judicial. Acentuara que as cláusulas contratuais que determinam que o segurado só faz jus à indenização se houver perda da existência independente colocam o consumidor em desvantagem exagerada, porquanto permitem que a seguradora vertesse a indenização apenas nos casos em que o segurado se encontrasse em estado vegetativo. Argumentara que a ausência de conceito legal sobre a “invalidez funcional permanente” dificulta a análise da cobertura securitária, devendo ser privilegiada interpretação mais favorável ao consumidor. Alinhando argumentos destinados a aparelhar a tese ventilada, defendera o conhecimento e provimento do apelo.

Devidamente intimada, a apelada ofertara contrarrazões <sup>3</sup>, pugnando, em suma, pelo desprovimento da apelação.

---

<sup>1</sup> - Apelação de fls. 424/461.

<sup>2</sup> - Sentença de fls. 419/422-v.

<sup>3</sup> - Contrarrazões de fls. 538/548.

O apelo é tempestivo, está subscrito por advogada devidamente constituída e municiada de capacidade postulatória, fora apropriadamente preparado e corretamente processado <sup>4</sup> .

**É o relatório.**

---

<sup>4</sup> - Instrumento de mandato de fls. 13; guia de preparo e comprovante de recolhimento de fls. 462/463.

## V O T O S

### **O Senhor Desembargador TEÓFILO CAETANO - Relator**

Cabível, tempestivo, manejado por parte legitimada que possui interesse recursal e subscrito por advogada regularmente constituída e municiada com capacidade postulatória, satisfazendo, pois, os pressupostos objetivos e subjetivos que lhe são próprios, conheço do apelo.

Cuida-se de apelação interposta por Vagner Custódio Cerqueira Campos em face da sentença que, resolvendo a ação de cobrança manejada em desfavor da Mapfre Vida S/A. almejando o recebimento de indenização por invalidez total e permanente decorrente do diagnóstico de espondilite anquilosante e Hipertensão Essencial Primária, julgara improcedente o pedido. Essa resolução negativa fora empreendida sob o fundamento de que a apólice que beneficia o autor não acoberta o risco inerente à invalidez provocada por doença que não enseja a perda da existência independente do segurado, não subsistindo abusividade nessa disposição. Como corolário dessa resolução, a sentença condenara o autor ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios arbitrados em R\$5.000,00 (cinco mil reais), nos termos do art. 85, §§ 2º e 8º, do NCPC. Inconformado com essa resolução, o autor apelara almejando a reforma da sentença, com a consequente procedência do pedido formulado.



Emerge do alinhavado que a matéria controversa consiste na aferição se a incapacitação que passara a afligir o apelante em decorrência do diagnóstico de espondilite anquilosante e hipertensão essencial primária que o acometera, determinando, inclusive, sua incapacidade definitiva para o serviço militar e para todo e qualquer serviço, ensejara a germinação do fato gerador da cobertura securitária contratada. Conforme emerge impassível de controvérsia dos elementos coligidos, o apelante fora diagnosticado como portador de hipertensão essencial e espondilite anquilosante<sup>5</sup>. Ante a incapacidade permanente e definitiva que passara a acometê-lo para o exercício de qualquer atividade profissional, sobretudo as inerentes ao serviço militar, conquanto tenha postulado indenização por "invalidez permanente total por doença" do seguro de vida e risco pessoal em grupo contratado com a apelada, fora-lhe negada a cobertura ao argumento de que não estaria inserido na extensão da cobertura por invalidez funcional permanente por doença - IFPD -, que tem por requisitos, além da invalidez total, a apreensão de que decorre de doença que tenha causado a perda da existência independente do segurado<sup>6</sup>.

A matéria controversa, portanto, cinge-se à aferição se a incapacitação que afligira o apelante, tendo derivado de doenças crônicas, e não de doenças profissionais nem de acidente, está contemplada como fato apto a se qualificar como fato gerador das coberturas convencionadas. Estabelecidas essas premissas, da análise dos documentos coligidos aos autos afere-se que os litigantes concertaram negócio jurídico consistente na pactuação de seguro de vida em grupo, vigente no período de 25/09/2012 a 24/09/2022<sup>7</sup>. Cotejando-se a proposta de seguro e as cláusulas contratuais que o regulamentam, infere-se que, por ocasião da contratação do seguro, a seguradora se comprometera a indenizar o segurado em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente - IPA e invalidez funcional permanente ocasionada por doença - IFPD, consoante os termos gerais do contrato pactuado entre as partes<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> - Fls 30/31.

<sup>6</sup> - Fl. 126-v e fl. 165.

<sup>7</sup> - Fl. 45.

<sup>8</sup> - Fls. 123/137.

Outrossim, o apelante colacionara aos autos laudo médico originário da Junta Superior de Saúde do Comando do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro - que atesta as patologias que o afligem - hipertensão essencial e espondilite anquilosante, determinando que fosse considerado incapaz definitivamente para o exercício de qualquer atividade profissional, sobretudo as inerentes ao serviço militar em razão das enfermidades crônicas que o acometem<sup>9</sup>. Sob essa realidade, ante a incapacidade permanente que passara a acometer o apelante para o exercício de qualquer atividade laboralem razão das enfermidades crônicas que o acometem, viera a ser considerado incapaz definitivamente para o serviço militar, conforme atestado pelo laudo firmado por médicos do Comando do Exército, que, inclusive, assentara e configura o quadro de adoecimento do apelante como indutor de incapacidade definitiva para o serviço militar, consoante o disposto no inciso V do artigo 108 da Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980, *verbis*:

**"Art. 108. A incapacidade definitiva pode sobrevir em consequência de:**

**(...)**

**V - tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; (...)" grifo nosso**

---

<sup>9</sup> - Fls. 30/31.

A par do atestado pela perícia médica oficial, fora deferida, no transcurso da ação, prova pericial, a qual fora realizada pelo perito Gustavo de Almeida, que atestara a patologia que o aflige - espondilite anquilosante, concluindo que gera incapacidade laboral virtualmente onniprofissional, tendo em vista as esperadas exigências de regularidade e produtividade das atividades que desenvolve, acentuando que sua incapacidade é de duração indefinida/permanente em razão das enfermidades crônicas que o acometem<sup>10</sup>. Ou seja, o perito judicial corroborara o aferido e atestado pelas perícias realizadas no ambiente administrativo, concluindo que o apelante está incapacitado, por motivo de doença, para o exercício de suas atividades profissionais.<sup>11</sup> Sob essa realidade, sobeja ser apreendido se o seguro convencionado encarta cobertura volvida a assegurar a cobertura almejada, porquanto deriva de invalidez permanente para o trabalho motivada por doenças crônicas, não de origem funcional ou passíveis de deflagrarem a subsistência de acidente.

Segundo a legislação aplicável à espécie, sobeja diferença conceitual substancial entre a Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença - IFPD ou IPD-F e a Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença - ILPD ou IPD-L. Diante da sua relevância, necessária a reprodução do disposto nos arts 15 a 17 da Circular SUSEP, nº 302, de 19 de setembro de 2005, que dispõem justamente sobre essas espécies de invalidez e as coberturas que ensejam, verbis:

#### **"Seção IV**

##### ***Da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença***

***Art. 15. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, conseqüente de doença.***

***§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no***

---

<sup>10</sup> - Laudo pericial de fls. 372/377.

<sup>11</sup> - Laudo Pericial de fls, 202/216 - fl. 205 - item 06.

***momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.***

***§ 2o Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.***

***§ 3o Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.***

***§ 4o Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.***

***Art. 16. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.***

***§ 1o Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no caput deste artigo, o segurado poderá ser automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.***

***§ 2o No caso do segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura de que trata o caput deste artigo será reintegrado.***

***§ 3o Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme***

***previsto no caput deste artigo, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.***

**"Seção V**

***Da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença***

***Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.***

***§ 1o Para todos os efeitos desta norma é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.***

***§ 2o Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.***

***Art. 18. Aplica-se à cobertura de que trata este artigo o disposto no art. 16 desta Circular."***

Com efeito, diante da regulação normativa, sobeja que, não tendo a incapacidade do segurado derivado de acidente de trabalho, mas de enfermidades crônicas que o acometeram, e prevendo a apólice contratada a cobertura tão somente de invalidez decorrente de doença se de natureza funcional, que, na conceituação normativa colacionada, é aquela que obsta a independência autônoma do segurado, o que não ocorre na hipótese, inviável o deferimento da indenização securitária postulada. Conforme a dicção normativa, a cobertura contratada pelo

segurado se destina a situações mais graves que a elencada nos autos, destinando-se a salvaguardar o segurado que se encontra acometido por doença grave, que lhe atrapalhe não só o bem estar físico, como também sua própria manutenção como indivíduo independente e autossuficiente, tendo que recorrer a auxílio de terceiros para realizar tarefas simples do dia-a-dia, ou, aquele cujo estado de saúde é irreversível, terminal, e que não encontra mais cura nos tratamentos terapêuticos convencionais.

É inexorável que a pretensão do apelante, na forma como descrita e comprovada, se enquadraria perfeitamente na situação disposta na cobertura por **Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença - ILPD**, pois destinada a salvaguardar os segurados acometidos por doença que leve a **incapacidade total para o trabalho**. Contudo, considerando que essa cobertura sobejamente não fora contratada, não pode, portanto, ser imposta à seguradora. Com efeito, as coberturas e garantias, assim como as informações expressas na circular alhures, foram repetidas e devidamente esclarecidas no Manual do Seguro de Vida em Grupo do réu<sup>12</sup>, registrado na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP por meio do processo administrativo nº 10.005288/99-11, constante e regulamentador do contrato entabulado com a seguradora.

Deve ser assinalado, nesse ponto, que, diante do reportado no certificado individual de seguro de vida em grupo, que expressamente delinea as coberturas contratadas, não contemplando cobertura proveniente de incapacidade laborativa decorrente de doença, reportando-se, ademais, ao fato de que as demais informações estavam disponíveis no sítio eletrônico da estipulante e nos seus pontos de atendimento<sup>13</sup>, não há como se ventilar a subsistência de ausência de informação adequada. É que as condições que pautaram a contratação e as coberturas estão delineadas em aludido certificado em conformidade com a regulação advinda do órgão normativo e as cláusulas discriminatórias sempre estiveram à disposição do apelante, inclusive via de atendimento presencial, que ficara a cargo da estipulante.

Está-se, ademais, diante de contrato de seguro que escapa à clássica formulação do seguro individual. O contrato exerce importante papel social ao facilitar a adesão de um grande número de segurados, através de contrato único, ao seguro. Também por isto não deve o Poder Judiciário admitir a revisão indistinta deste tipo de contrato, sob pena de se privilegiar alguns poucos segurados em

---

<sup>12</sup> - Fls. 143/184-v.

<sup>13</sup> - Fl. 23.

detrimento do grupo, afastando o contrato da finalidade a que se destina e da importante função social que realiza. Acerca da matéria, oportuno o escólio de Ernesto Tzirulnik e Paulo Luiz de Toledo Piza, que lecionam o seguinte:

***"Trata-se, em resumo, de um contrato de seguro que não é estipulado diretamente pelo segurado, mas por uma entidade - denominada estipulante - capaz de congrega um grupo de pessoas determinado ou determinável, sujeito a risco ou riscos da mesma espécie ou natureza. (...) em síntese, no contrato de seguro de vida em grupo, é o interesse da coletividade dos segurados que compõe o grupo, não se confundindo com o interesse individual de cada qual. O prêmio que o segurador arrecada, por isso mesmo, é o prêmio que corresponde à garantia desse interesse coletivo, com o qual se forma o fundo necessário para a prestação da garantia e para o pagamento dos sinistros que o grupo venha a experimentar durante a vigência da apólice. É sob esta ótica, enfim, que deve ser encarado o problema do desequilíbrio atuarial das apólices de seguro de vida em grupo com que vem se defrontando o mercado nos últimos tempos.<sup>14</sup>"***

---

<sup>14</sup> - TZIRULNIK, Ernesto, PIZA et Paulo Luiz de Toledo. O Contrato Temporário de Seguro de Vida em Grupo. Disponível em: <http://www.ibds.com.br/artigos/ArtigoVG2.pdf>. Acesso em: 11/09/2013.

Os ilustres doutrinadores acima citados concluem afirmando que: "*Como é sabido, um segurador não pode admitir operações de seguros que fujam às bases atuariais próprias da técnica securitária, sob pena de prestar serviço impróprio ao consumo (CDC, art. 20, § 2º, primeira parte).*"<sup>15</sup> Sob essa sistemática, afere-se que o segurado contratado contemplara cobertura por invalidez permanente parcial ou total por acidente e invalidez funcional permanente total por doença, mas não cobertura por invalidez permanente total por doença, consoante a diferenciação técnica emanada do órgão competente, que repercute na mensuração dos prêmios e das coberturas, por consectário atuarial. Essa inferência ressoa impassível dos certificados exibidos e das condições convencionadas, que modulam as coberturas, consoante dispõe a cláusula 5.2.3 do contrato, que assim preceituara, *in verbis*:

#### **"5. Garantias Contratadas:**

(...)

#### **5.2. Garantias adicionais**

#### **5.2.3. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte**

***Garante a antecipação do pagamento do Capital contratado para a Garantia de Morte, de acordo com o quadro constante na Cláusula 8 - CAPITAIS SEGURADOS, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, considerando-se, ainda, exceto se o evento caracterizar-se como um ds riscos excluídos constantes da Cláusula de Riscos Excluídos, e/ou se ocorrer uma das hipóteses previstas na Cláusula de Perda do Direito à Garantia, ambas nas Condições Gerais.***

---

<sup>15</sup> - TZIRULNIK, Ernesto, PIZA et Paulo Luiz de Toledo. *Op. Cit.*



**5.2.3.1. Para efeito desta garantia, a perda da existência independente do segurado será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado, comprovado através de parâmetros e documentos especificados nas Condições Gerais e Condição Especial desta Garantia" (grifos nossos)**<sup>16</sup>

Conquanto o relacionamento havido entre as partes, enlaçando seguradora como fomentadora de serviços securitários decorrentes dos prêmios que lhe foram destinados e pessoa física como destinatária final das coberturas avançadas, emoldure-se como relação de consumo, sujeitando-se, pois, às regras protetivas derivadas do Código de Defesa do Consumidor, notadamente no que se refere à sujeição do avençado a exegese que se afigure mais consentânea com o objeto do ajuste e com os direitos do segurado, consoante prescreve de forma textual o artigo 47 desse estatuto legal, não se afigura viável a subversão das coberturas convencionadas, pois pautadas por critérios atuariais e em conformidade com os prêmios ajustados. Ante o tratamento legislativo que é dispensado ao relacionamento havido, a cláusula que exclui as coberturas avançadas, implicando em limitação de direito do segurado, deve merecer exegese restritiva e se conformar com o objeto da contratação.

A cláusula limitativa, assevere-se, não é repugnada pela lei do consumidor, ainda que dela derive desvantagem para o consumidor, não se qualificando, em princípio, como abusiva. Contudo, como enseja mitigação de direito, redundando em desvantagem para o aderente, pois em regra está amalgamada em contrato de adesão, **deve ser objetivamente delineada e exposta de forma clara para se revestir de juridicidade e eficácia**. Se eventualmente destoar do objeto do ajuste e não se revestir da necessidade clareza, elidindo a aferição das suas disposições e redundando em mitigação de direito que devia ser resguardado, não pode ser reputada como legítima e eficaz, devendo seu alcance ser temperado e conformado com o almejado com a contratação.

---

<sup>16</sup> - fl. 126-v.

Destarte, conquanto a relação jurídica mantida pelos litigantes se qualifique como sendo de consumo, conforme acentuado, a ressalva contemplada pelo que restara ajustado não se afigura revestida de abusividade ou ilegitimidade passíveis de ensejarem seu afastamento. Conforme assinalado, a ressalva contemplada pelo ajustado guarda estrita subserviência ao regrado pelo instrumento legislativo que regulamenta o contrato de seguro. Contando com enquadramento e estofo legal, as exclusões de cobertura não podem, então, ser reputadas como ilegítimas ou abusivas, devendo-lhes, ao invés, ser conferida eficácia de forma a resguardar o avençado e as coberturas deferidas de acordo com as obrigações pecuniárias que, em contrapartida, ficaram destinadas ao consumidor, coibindo-se, em última análise, a criação de obrigações não contempladas originariamente nem inseridas nos cálculos atuariais levados a efeito por ocasião da sua criação e lançamento no mercado consumidor.

Ademais, o fato de as ressalvas de coberturas estarem impregnadas em contrato que se enquadra como sendo de adesão não as deixa desprovidas de eficácia. O contrato de adesão não encontra nenhuma repulsa legal, sendo, ao invés, expressamente legitimada sua utilização pelo legislador de consumo, que, de forma a resguardar os direitos dos consumidores aderentes, ressalvara simplesmente que devem ser redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legítimos de forma a facilitar sua compreensão pelo consumidor, devendo as cláusulas que redundem em limitação de direitos ser redigidas com destaque de modo a permitir sua imediata e fácil compreensão (CDC, art. 54, §§ 3º e 4º)<sup>17</sup>. Ademais, conforme já assinalado, o certificado individual de seguro e as condições são claras o suficiente para permitir a diferenciação e apuração das coberturas oferecidas.

---

<sup>17</sup> - CDC, art. 54 - "Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

.....  
§ 3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão."

É que aludidas exigências foram atendidas pelo contrato de adesão ao qual aderira o apelante, pois, de acordo com o estampado nas cláusulas acima reproduzidas, as coberturas excluídas foram expressa e especificamente delineadas em preceito específico, cuja redação é clara o suficiente para não deixar remanescer nenhuma dúvida acerca do fato de que a cobertura por invalidez proveniente de doença é restrita à hipótese de invalidez funcional, e não laborativa, como sucede com o apelante. Em não remanescendo nenhuma dúvida acerca das coberturas contempladas expressamente pelo contrato que regula o relacionamento existente entre os litigantes e tendo sido redigidas de forma destacada, pois impregnadas em cláusula específica, e conformes com o enquadramento legal que é conferido aos contratos de seguro, fica patente, então, que não se afiguram abusivas, iníquas ou ineficazes.

Ao invés, em tendo sido linearmente contempladas pelo contrato e guardando subserviência à lei de regência, as coberturas ajustadas, não compreendendo a hipótese de invalidez proveniente de doença que não enseje invalidez funcional, se afiguram eficazes, inclusive porque encontram respaldo regulatório (Resolução SUSEP nº 302/05, art. 17). Aliás, não se afigura legítimo se inovar o que ficara textualmente concertado com lastro no enquadramento jurídico dispensado ao contrato de forma a dele extrair coberturas que foram expressamente excluídas. Ou seja, não se afigura legítimo se desconsiderar as coberturas que foram expressamente excluídas do seguro, não contando, portanto, com nenhuma contrapartida proveniente do segurado, como forma de lhe ser assegurada indenização não acobertada, mas, isso sim, expressamente excluída. Com efeito, o contrato, ainda que já desprovido da intangibilidade dogmática que lhe era assegurada, mormente em se tratando de relação de consumo, ainda se qualifica como fonte de direitos e obrigações e instrumento destinado a regular as relações humanas como forma de alcançarem seus objetivos como partícipes de sociedade jurídica e politicamente organizada.

Destarte, em se tratando de um contrato que se afigura formalmente perfeito, fora entabulado entre partes capazes e tem um objeto lícito, não estando contaminado por qualquer disposição abusiva ou excessiva, sua eficácia, evidentemente, não pode ser suspensa ou mitigada, mesmo porque somente se suspende a validade daquilo que se afigura revestido de qualquer vício impassível de qualquer questionamento e que emirja de forma cristalina do instrumento que estampa, e, além do mais, carece de sustentáculo jurídico a desconstituição de qualquer contrato sem que esteja contaminado por qualquer vício passível de deixá-lo desprovido de eficácia.

Deve-se, então, em vassalagem ao que ficara avençado entre as partes de forma lícita, manter-se, ante a prestação dos serviços pactuada, conferindo lastro às obrigações pecuniárias que afetaram o apelante, intacto o que ficara ajustado com o objetivo de ser conferida efetividade ao avençado e assegurar a autoridade das convenções como instrumento destinado a resguardar a segurança e previsibilidade das relações jurídicas, homenageando-se, ainda que com as mitigações que lhe foram impostas pelo avanço das relações sociais e pelas novéis formas de contratação, o vetusto princípio que paira sobranceiro sobre o universo jurídico e permeia todo o direito obrigacional e assegura a intangibilidade das obrigações lícitas e legitimamente contraídas.

Os argumentos acima alinhados, ressalte-se, encontram ressonância no entendimento há muito estratificado pela egrégia Corte Superior de Justiça acerca da eficácia e legitimidade das cláusulas restritivas de cobertura inseridas em contratos de seguro, mormente quando estabelecem condições à cobertura securitária, como no caso concreto, onde a constatação da incapacidade decorrente de doença que cause a perda da existência independente do segurado é admissível, conforme testificam os arestos adiante ementados:

**"CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. RESTRIÇÃO DE COBERTURA. PLEITO PARA QUE REAVALIE A PUBLICIDADE DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS. IMPOSSIBILIDADE POR MEIO DO ESPECIAL. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS Nº 5 E 7 DO STJ. PRECEDENTES.**

**1. As instâncias ordinárias desproveram a pretendida indenização securitária porque, nas condições gerais do contrato entabulado, havia expressa previsão sobre a cobertura para invalidez permanente somente quando advindas de acidente, enquanto sua debilidade parcial decorreu de doença. Entendimento diverso, quanto ao conhecimento prévio daquela restrição pela segurada, por meio do especial demandaria o revolvimento do acervo probatório e das cláusulas contratuais.**

**2. Aex-segurada não apresentou argumento novo capaz de**

***modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado.***

***Incidência das Súmulas nº 5 e 7 do STJ.***

***3. Agravo regimental não provido.***(AgRg no AgRg no AREsp 542.277/RS, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/12/2014, DJe 17/12/2014)

***"PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL NÃO CONFIGURADA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. LIMITAÇÃO. POSSIBILIDADE. - Falta prequestionamento quando o dispositivo legal supostamente violado não foi discutido na formação do acórdão recorrido. - Para demonstrar divergência jurisprudencial é necessário confronto analítico e semelhança entre os casos. Não bastam simples transcrições de ementas e trechos. - A limitação de cobertura do plano de saúde é possível desde que atendidos os pressupostos legais e haja previsão clara, precisa e destacada no contrato." (STJ, 3ª Turma, Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Agravo de Instrumento nº 2006/0145761-6, Reg. Int. Proces. 784310/RS, relator Ministro Humberto Gomes de Barros, data da decisão 09/08/2007, publicada no Diário da Justiça de 27/08/2007, pág. 225)***

***"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO. INVALIDEZ FUNCIONAL E LABORAL. DIFERENÇA. COBERTURA. INVALIDEZ FUNCIONAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. DEVER DE INFORMAÇÃO. INOVAÇÃO. NÃO PROVIMENTO. 1. Nos termos da jurisprudência dominante desta Corte, 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 autônomicas (artigo 17 da Circular SUSEP 302/2005). (REsp 1.449.513/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma,***

*julgado em 5.3.2015, DJe 19.3.2015).*

**2. É inadmissível a adição de teses não suscitadas sequer nas razões ou contrarrazões do recurso especial por consistir em indevida inovação.**

**3. Agravo interno a que se nega provimento.**

(Aglnt no REsp 1714628/RS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 05/06/2018, DJe 15/06/2018)

**"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. INCAPACIDADE PERMANENTE PARA A PROFISSÃO. DESEMPENHO DE ATIVIDADES LABORAIS. DEFINIÇÃO DA APÓLICE: INVALIDEZ FUNCIONAL. ATIVIDADES AUTONÔMICAS DA VIDA DIÁRIA. PRESERVAÇÃO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA INDEVIDA. RECURSO PROVIDO.**

**1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, "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, DJe de 19.03.2015). 2. No referido julgado, definiu-se que a cobertura da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) depende da verificação da incapacidade decorrente de doença 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.**

**3. O acórdão recorrido dissentiu do entendimento adotado pela jurisprudência do STJ, de que "inexiste ilegalidade na cláusula que condiciona o pagamento da indenização securitária, em caso de invalidez por doença, à**

***incapacidade permanente total do segurado" (AgInt no AREsp 1.185.798/RS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, DJe de 09/03/2018).***

***4. Agravo interno provido, com a reconsideração da decisão agravada e o provimento do recurso especial, para julgar improcedente o pedido.***

(AgInt no AREsp 1231294/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 07/06/2018, DJe 15/06/2018)

Esse é o mesmo entendimento que vem sendo perfilhado por esta egrégia Corte de Justiça, consoante testificam as ementas a seguir transcritas:

***"CIVIL. CONSUMIDOR. APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SEGURO DE PESSOAS. COBERTURA DE INVALIDEZ POR ACIDENTE. INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL. LER/DORT. DOENÇA LABORAL EQUIPARADA A ACIDENTE DE TRABALHO. ART. 19 E 20 DA LEI 8.213/91. LEGISLAÇÃO NO ÂMBITO DE REGIME JURÍDICO PREVIDENCIÁRIO. EQUIVALÊNCIA COM ACIDENTE PESSOAL. IMPOSSIBILIDADE. EXISTÊNCIA DE DEFINIÇÃO PRÓPRIA DO DIREITO PRIVADO. PREVALÊNCIA SOBRE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DE RAMO DISTINTO DO DIREITO. INVALIDEZ POR ACIDENTE. NÃO DEMONSTRADA. INDENIZAÇÃO NÃO DEVIDA. LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ. NÃO VERIFICADA. SENTENÇA MANTIDA. 1. Na hipótese, a relação jurídica existente entre as partes resta qualificada de consumo, sendo o segurado, ora autor, o destinatário final dos serviços prestados pela seguradora, de forma que não remanesce qualquer dúvida de que a relação entabulada entre as partes litigantes encontra-se regida pelo Código de Defesa do Consumidor, plenamente aplicáveis as disposições consumeristas ao caso. 1.2. Disponíveis as cláusulas gerais no sítio eletrônico da seguradora, de maneira a dar ampla publicidade de maneira acessível aos clientes, sobretudo quando a adesão se dá por contratação***

*não presencial, não há se falar em falha no dever de informação pela ausência de assinatura nas cláusulas gerais ou na própria apólice. 2. A atividade securitária encontra-se subordinada ao Decreto-Lei 73/66, o qual estabelece o Sistema Nacional de Seguros Privados, com objetivo precípua de formular a política nacional pertinente ao setor, notadamente excluindo-se desta os seguros dispostos no âmbito da Previdência Social (art. 3º, parágrafo único). Compõem este Sistema, além dos corretores, sociedades seguradoras e resseguradores, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), ex vi do artigo 8º daquela norma. 2.1. Assim, do panorama normativo, aufere-se que os seguros de pessoas comercializados no país devem observar as regras estabelecidas nas Resoluções do CNSP e nas Circulares da SUSEP. Especificamente quanto às regras e aos critérios para operação de coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, estas restam definidas na Resolução CNSP 117/2004 e na Circular SUSEP 302/2005. 2.2. Especificamente no que cinge aos riscos cobertos no seguro de pessoas, a Circular SUSEP nº 302/2005 trouxe disposição prevendo três estruturas bem definidas de cobertura de riscos, para além daquela básica e obrigatória de morte, a saber: Invalidez Permanente por Acidente (IPA), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). 3. Na seara dos seguros de pessoas regulados pelo Código Civil e pela legislação atinente ao mercado securitário privado, tem-se que a incapacidade oriunda de doença não se confunde, a priori, com aquela advinda de acidente, pelo que os riscos destes dois fenômenos encontram-se acobertados por coberturas diferentes, sendo impertinentes à interpretação de tais contratos as conceituações que não respeitem essa cisão, eventualmente previstas na legislação difusa e destinada a amparar outros ramos do Direito, como o administrativo e*



***o previdenciário. 3.1. O respeito à conceituação de ?acidente pessoal? franqueada pela norma de regência dos seguros de pessoas privados (art. 5º da Resolução CNSP 117/2004) visa a conferir segurança jurídica ao elemento fundamental do contrato de seguro: a prévia e detalhada limitação do risco acobertado. Isso se deve ao fato de a limitação do risco estar intrinsecamente ligada à precificação do serviço, ou seja, à definição do prêmio, de maneira que a reserva técnica a ser constituída pelo recolhimento da maior parte do prêmio vertido pelos segurados deve ser diretamente proporcional não apenas ao capital segurado, mas também ao risco averiguado. 4. Havendo definição própria prevista na legislação de regência dos planos de seguro privado de pessoas a delimitar o conceito jurídico de ?acidente pessoal? para fins de constatação de sinistro acobertado, não há razão para aplicação de definição oriunda em legislação específica diversa, destinada a regulamentar outros ramos Direito, sobretudo ante a distinção dos regimes jurídicos por ambas abarcados. 4.1. Assim, salvo previsão expressa em contrato, fato considerado como ?acidente de trabalho? não necessariamente configura acidente pessoal para fins de indenização em sede de seguro privado de pessoas (inclusive seguro de vida), notadamente quando verificado, na realidade, doença laboral àquele equiparada por legislação específica que regula regime jurídico distinto do privado (administrativo, previdenciário) e cujas definições legais, portanto, não se sobrepõem aos conceitos previstos no âmbito da legislação securitária privada. 4.2. Dessa forma, aplicável o conceito legal de acidente pessoal na forma como previsto na legislação pertinente ao contrato de seguro de pessoas convencionado entre as partes, visto se tratar de normativa que regula o mercado securitário privado, estando, outrossim, excluídas as mazelas dispostas no art. 5º da Resolução CNSP 117/2004, dentre elas DORT/LER, do conceito de acidente pessoal para fins de indenização***

**securitária. 5. Analisando o panorama fático delineado nos autos, verifica-se que restou inconteste que a doença laboral apresentada pelo segurado configura-se como incapacidade laborativa permanente e parcial, bem assim que o quadro que a desencadeou é de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho ? DORT, consoante perícia médica judicial realizada no feito acidentário 5.1. Não configurando a situação de invalidez permanente e parcial decorrente de doença profissional (LER/DORT) demonstrada pelo autor como sendo acidente pessoal para fins de indenização securitária, não há se falar em cobertura de invalidez por acidente, dado que não se perfaz aquela de risco por este previsto. 6. O litigante de má fé é aquele que age de forma maldosa, com dolo ou culpa, causando dano processual à parte contrária. Assim, mostra-se imperioso demonstrar, de forma cabal, além dolo do suposto litigante de má fé, o efetivo dano processual sofrido pela parte. 6.1. Na hipótese, não há qualquer prejuízo processual que enseja a aplicação da penalidade processual vindicada, já que o recorrente não teve admitida sua irresignação, bem assim a divergência de valores apontada é decorrente da desatualização dos valores, não sendo oriunda de dolo por parte da requerida em causar dano processual, já tendo sido os valores atualizados do contrato apontados pela própria parte autora. 7. Apelo conhecido e desprovido. Sentença mantida. Honorários recursais fixados.**

(Acórdão n.1098182, 07170650220178070001, Relator: ALFEU MACHADO 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 23/05/2018, Publicado no DJE: 25/06/2018. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

**"AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA. IFPD. PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO. NÃO CONFIGURADA. SENTENÇA REFORMADA. INVERSÃO DOS ÔNUS DA SUCUMBÊNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS EXCESSIVOS. REDUÇÃO.**

**EQUIDADE.**

**1. A invalidez funcional permanente por doença (IFPD), conforme Circular SUSEPE nº 302/2005, exige para a cobertura securitária a perda da existência independente do segurado, o que significa dizer que a doença deve impedir, de forma irreversível, o pleno exercício autônomo de suas atividades.**

**2. Da incapacidade total e permanente para o trabalho decorrente de doença que, todavia, não incapacita o segurado para atividades relevantes da rotina diária, não decorre a responsabilidade da seguradora pelo pagamento da indenização securitária pretendida. Precedentes do STJ e deste Tribunal.**

**3. Nas hipóteses em que a verba honorária revelar-se irrisória ou exorbitante, é cabível o arbitramento mediante apreciação equitativa, com fundamento no art. 85, §8º do CPC/2015, em atenção aos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade. Precedentes deste Tribunal.**

**4. Prejudicial de mérito rejeitada. Recurso conhecido e provido."**

(Acórdão n.1081028, 20141010075842APC, Relator: DIAULAS COSTA RIBEIRO 8ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 08/03/2018, Publicado no DJE: 13/03/2018. Pág.: 603/617)

**"DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. SEGURO. MILITAR. CONTRATO ABERTO. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL DECORRENTE DE DOENÇA. PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE.**

**I - O contrato firmado entre as partes não estabelece textualmente que se destina exclusivamente aos militares, máxime porque a lista doenças incapacitantes é para qualquer atividade e admite o ingresso de outras categorias profissionais.**

**II - A invalidez funcional permanente total decorrente de doença, diferentemente da invalidez laborativa permanente total por doença, é devida às hipóteses restritas em que o segurado perde a existência independente.**

**III - Dou provimento ao recurso."**

(Acórdão n.1070877, 20160110856762APC, Relator: CARLOS RODRIGUES, Relator Designado: JOSÉ DIVINO 6ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 24/01/2018, Publicado no DJE: 06/02/2018. Pág.: 538/563)

Como corolário do aduzido apura-se, então, que, aferido que a cobertura securitária reclamada pelo apelante não é contemplada pelo contrato concertado, sendo, ao invés, expressamente delimitada a condição de quadro clínico incapacitante que inviabilize a existência independente do segurado, a apelada não estava obrigada a oferecê-la. Exegese diversa, a par de ignorar o contratado, impacta o equilíbrio financeiro do grupo, pois ensejaria a concessão de indenização à margem dos prêmios convencionados. A recusa oriunda da apelada, revestindo-se de lastro contratual e conformando-se com o legalmente regulado, qualifica-se, pois, como exercício regular do direito que lhe é resguardado de somente cobrir os sinistros no molde do convencionado.

Alfim, deve ser frisado que, desprovida a apelação e tendo sido o recurso aviado sob a nova regulação processual, o apelante sujeita-se ao disposto no artigo 85, § 11, do novel Código de Processo Civil, que preceitua que, resolvido o recurso, os honorários advocatícios originalmente fixados deverão ser majorados levando-se em conta o trabalho adicional realizado no grau recursal, observada a limitação contida nos §§ 2º e 3º para a fixação dos honorários advocatícios na fase de conhecimento, que não poderá ser ultrapassada. Assim é que, fixada a verba em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), deve ser majorada, ponderados os serviços desenvolvidos pelos patronos da apelada, para o equivalente a R\$ 7.000,00 (sete mil reais), devidamente atualizado.

**Esteado nesses argumentos, nego provimento ao apelo, mantendo intacta a ilustrada sentença vergastada. Outrossim, considerando que o apelo restara desprovido, majoro os honorários advocatícios originalmente imputados ao apelante para o equivalente a R\$ 7.000,00 (sete mil reais), consoante os comandos insertos no artigo 85, §§ 2º e 11, do estatuto processual, devidamente esse importe ser atualizado monetariamente a partir da prolação desse provimento e até sua efetiva realização.**

**É como voto.**

**A Senhora Desembargadora SIMONE LUCINDO - Vogal**

Com o relator

**O Senhor Desembargador ROMULO DE ARAUJO MENDES - Vogal**

Com o relator

**DECISÃO**

CONHECER E NEGAR PROVIMENTO, UNÂNIME