

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.840.339 - MS (2017/0241255-4)

RELATOR : **MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
RECORRENTE : **BRADERCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
ADVOGADOS : **GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766**
 PRISCILA CASTRO RIZZARDI - MS012749
RECORRENTE : **MAPFRE VIDA S/A**
ADVOGADOS : **ALESSANDRA GRACIELE PIROLI - MS012929**
 LOUISE RAINER PEREIRA GIONEDIS - MS016644A
 KASSYA DAYANE FRAGA DOMINGUES - MS015977
RECORRIDO : **JOCIEL CESAR CRESPIM**
ADVOGADOS : **PAULO DE TARSO AZEVEDO PEGOLO - MS010789**
 FRANCIELLI SANCHEZ SALAZAR - MS015140

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL (CPC/2015). ART. 1.022 DO CPC/2015. OMISSÃO E CONTRADIÇÃO. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO RECURSAL. SÚMULA 284/STF. ANALOGIA. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. REVOLVIMENTO DO QUADRANTE FÁTICO-PROBATÓRIO DA CAUSA. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA 07/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO OCORRÊNCIA. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

DECISÃO

Vistos, etc.

Trata-se de recurso especial de BRADERCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, fundado nas alíneas "a" e "c" do inciso III do art. 105 da Constituição Federal, interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul assim ementado:

"EMENTA – APELAÇÃO CÍVEL (AUTOR E RÉUS) – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO – FUNDAÇÃO HABITACIONAL DO EXÉRCITO (FHE) – PRELIMINARES DE CARÊNCIA DE AÇÃO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR E ILEGITIMIDADE PASSIVA – REJEITADAS – PREJUDICIAIS DE MÉRITO – PRESCRIÇÃO E DECADÊNCIA – REJEITADAS – MÉRITO – INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE – NEXO CAUSAL – ORIGEM TRAUMÁTICA, NÃO DEGENERATIVA – CONDENAÇÃO AO VALOR TOTAL DA INDENIZAÇÃO MAIS ADICIONAL PREVISTO – AUSÊNCIA DE CIÊNCIA POR PARTE DO

SEGURADO DAS CONDIÇÕES RESTRITIVAS DO CONTRATO – INAPLICABILIDADE DA TABELA DA SUSEP – COSSEGURO – CONDENAÇÃO DE FORMA PROPORCIONAL, NÃO SOLIDÁRIA – RECURSO DOS RÉUS CONHECIDOS E DESPROVIDOS – RECURSO DO AUTOR CONHECIDO E PROVIDO.

01. É desnecessário o esgotamento da via administrativa, ou até mesmo a dedução do pedido nessa esfera, como pressuposto ao ingresso de demanda judicial, estando configurado o interesse de agir.

02. Estará legitimado o autor quando for o possível titular do direito pretendido, ao passo que a legitimidade do réu decorre do fato de ser ele a pessoa indicada, em sendo procedente a demanda, a suportar os efeitos da sentença. A existência de cosseguro e a presença de várias seguradoras na apólice não implica necessariamente na solidariedade entre elas, podendo haver responsabilidade, todavia, quanto ao montante eventualmente devido, não havendo falar em falta de legitimidade.

03. A respeito da prescrição, deve ser observado o conteúdo da Súmula 278 do Superior Tribunal de Justiça, eis que acaso a consolidação da invalidez ocorrer em momento posterior ao fato gerador, o prazo prescricional terá por termo inicial não o fato gerador, mas a ciência da invalidez pelo segurado, nos termos do referido enunciado sumular.

04. O caso dos autos comporta a contagem de prazo prescricional (e não decadencial), eis que tem por objeto pretensão indenizatória securitária (recebimento de valor de seguro).

05. Comprovado, nos autos, que a lesão teve origem traumática decorrente de acidente e não degenerativa, é devida a indenização, de modo parcial e proporcional, por invalidez.

06. O montante indenizatório, devido em caso de invalidez por acidente, deve ser aquele informado na apólice de seguro, não prevalecendo as reduções previstas na Tabela da SUSEP, quando inexistir nos autos prova de que o segurado tinha prévia ciência da vinculação desta tabela ao instrumento contratual celebrado com a seguradora e de que forma se dariam os cálculos do valor do seguro.

07. O cosseguro representa uma forma de pulverização ou distribuição de responsabilidades, em valores monetários. Em outras palavras, caracteriza-se como seguro relativo ao um mesmo bem ou a um conjunto de bens, sujeito ao mesmo risco, feito por dois ou mais seguradores, quer por apólices distintas

Superior Tribunal de Justiça

- cada uma das quais mencionando obrigatoriamente a existência da outra -, quer por apólice única, na qual o segurador que a emite menciona a participação de todos os demais seguradores. Segundo a jurisprudência desta Corte, em se tratando de seguro contratado perante grupo de seguradoras, não há responsabilidade solidária, mas sim individual e proporcional entre as empresas respectivas.
08. Recurso dos réus desprovidos. Recurso do autos conhecido e provido." (e-STJ fls. 907/908).

Opostos embargos de declaração por MAPFRE VIDA S/A, esses foram rejeitados (e-STJ fl. 965).

Opostos embargos de declaração por BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, esses foram igualmente rejeitados (e-STJ fls. 1.004/1.005).

Em sede de recurso especial, BRADESCO esclarece, de saída, que a presente irresignação recursal tem origem na ação ajuizada pelo recorrido, na qual este:

*"[...] almejou receber o valor correspondente à cobertura securitária para o caso de invalidez permanente por acidente, quantia que, atualizada, corresponderia ao valor de R\$ 265.028,02 (duzentos e sessenta e cinco mil e vinte e oito reais e dois centavos), acrescida de uma indenização adicional correspondente a 200% (duzentos por cento) da cobertura básica.
Subsidiariamente, objetivou o recebimento da indenização prevista para o caso de invalidez funcional permanente total por doença, acrescida de adicional sobre a garantia básica"* (e-STJ fl. 1.015).

Alega, preliminarmente, o malferimento do artigo 1.022, I e II, do Código de Processo Civil/2015, pois, "na presente hipótese, não fora sanada a omissão aclarada nem tampouco corrigida a contradição narrada, tornando nítido que se qualifica como viciado o pronunciamento jurisdicional" (e-STJ fl. 1.020).

Na sequência, aduz violação ao artigo 206, § 1.º, II, "b", do Código Civil/2002, uma vez que "a enfermidade apresentada pelo recorrido restou

constatada na data de 26 de junho de 2011 - ciência inequívoca acerca da enfermidade", assim "resta evidente que o recorrido perdera o direito de cobrar o valor da cobertura securitária, tendo em vista que sua pretensão foi fulminada pelo instituto da prescrição", esclarecendo que "o ajuizamento da presente demanda se deu após 1 ano e 11 meses do início do prazo prescricional" (e-STJ fl. 1.021).

No particular, defende a prevalência das Súmulas n. 101 e 278 deste STJ.

Afirma contrariedade aos artigos 757 e 760 do Código Civil/2002, sustentando que "a suposta invalidez alegada pelo recorrido não decorre de qualquer acidente pessoal, mas, sim, de doença degenerativa, o que configura risco excluído da apólice de seguro contratada", destacando que "os documentos estampados às fls. 26-29 dos autos atestam, inequivocamente, que se trata de trauma de repetição, Gonartrose (artrose do joelho), M.17 CID 10, tornando notória a configuração de uma doença degenerativa decorrente de esforços repetitivos" (e-STJ fl. 1.024).

Acrescenta, no ponto, que a indenização securitária requer "o acidente pessoal como decorrente de evento externo súbito, involuntário e violento" (e-STJ fl. 1.025), o que não é o caso dos autos.

Pondera, ainda, que "inexiste, no feito, qualquer prova de que o recorrido realmente se encontra total e definitivamente inválido - em caráter integral e permanente - condição indispensável para justificar o pagamento de quaisquer das coberturas" (e-STJ fl. 1.027).

Além disso, diz que "o recorrido detinha ciência de que haviam critérios de proporcionalidade para o pagamento da cobertura, sabia que a cobertura não era simplesmente paga em sua integralidade independente da invalidez sofrida" (e-STJ fl. 1.028), assim, alternativamente, argumenta que, "caso concedida eventual indenização ao recorrido, que a Tabela da SUSEP reste observada - grau de invalidez" (e-STJ fl. 1.029).

Por derradeiro, indica dissídio jurisprudencial acerca da interpretação do artigo 781 do Código Civil/2002, buscando afastar a indenização adicional.

Superior Tribunal de Justiça

Contrarrazões de JOCIEL CESAR Crespim às e-STJ fls. 1.067/1.075.

Recurso especial de MAPFRE VIDA S/A (e-STJ fls. 1.083/1.138).

Neste Superior Tribunal de Justiça, distribuído o recurso inicialmente ao eminente Ministro Gurgel de Faria, este determinou a redistribuição do feito por se tratar de matéria afeta à Segunda Seção desta Corte Superior (e-STJ fls. 1.461/1.462).

O recurso foi redistribuído à minha relatoria (cf. e-STJ fl. 1.466).

Dei provimento ao agravo para determinar a sua autuação como recurso especial (e-STJ fls. 1.473/1.477).

É o relatório.

Passo a decidir.

A pretensão recursal não merece guarida.

Em sede preliminar, a instituição recorrente alegou malferimento do artigo 1.022, I e II, do CPC/2015, pois, "na presente hipótese, não fora sanada a omissão aclarada nem tampouco corrigida a contradição narrada, tornando nítido que se qualifica como viciado o pronunciamento jurisdicional" (e-STJ fl. 1.020).

Contudo, no caso, a fundamentação do recurso especial em torno da alegada ofensa ao artigo 1.022 do CPC/2015 encontra-se deficiente. Com efeito, não houve a explicitação, de modo claro e objetivo, de quais pontos foram omitidos, nem mesmo no que consistiu a contradição alegada, bem como de que forma a correção dos referidos vícios seria relevante para o deslinde da controvérsia.

Destarte, incide, por analogia, o óbice da Súmula 284/STF. Nesse sentido: **AgRg no AREsp 651856/SC, Rel. Min. HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, DJe 11/05/2015; AgRg no Ag 1349962/RS, Rel. Min. PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, DJe 06/03/2012; EDcl no REsp 912.036/RS, Rel. Min. LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, DJe 23/04/2008.**

Na sequência, aduziu violação ao artigo 206, § 1.º, II, "b", do Código

Superior Tribunal de Justiça

Civil/2002, uma vez que "a enfermidade apresentada pelo recorrido restou constatada na data de 26 de junho de 2011 - ciência inequívoca acerca da enfermidade", assim "resta evidente que o recorrido perdera o direito de cobrar o valor da cobertura securitária, tendo em vista que sua pretensão foi fulminada pelo instituto da a prescrição", esclarecendo que "o ajuizamento da presente demanda se deu após 1 ano e 11 meses do início do prazo prescricional" (e-STJ fl. 1.021). No particular, defende a prevalência das Súmulas n. 101 e 278 deste STJ.

Acerca da prescrição, assim caminharam as razões de decidir da Corte local:

"Pondera tanto o Banco Bradesco como a Mapfre Vida S/A que o Magistrado de primeira instância, bem como o expert em laudo pericial, reconheceram que a enfermidade apresentada pelo apelado restou constatada em 26.06.2011, devendo estar considerada pelo Juiz como marco inicial da prescrição, de modo que, tendo em vista o lapso de mais de um ano, a demanda se encontra prescrita.

Ocorre que no caso deve ser observado o conteúdo da Súmula 278 do Superior Tribunal de Justiça, eis que acaso a consolidação da invalidez ocorrer em momento posterior ao fato gerador, o prazo prescricional terá por termo inicial não o fato gerador, mas a ciência da invalidez pelo segurado, nos termos do referido enunciado sumular.

Depreende-se do documento de f. 32 que, em 10.12.2013, o requerente apresentava incapacidade temporária para o serviço, necessitando de 30 dias de afastamento para tratamento, a contar de 25.11.2013. Ora, a partir dessa data é que ele teve a ciência da invalidez pelo segurado.

Considerando que a presente demanda foi proposta em 05.06.2014, ou seja, há menos de 01 ano da constatação da incapacidade temporária do requerente, não deve ser reconhecida a prejudicial suscitada, motivo pelo qual a rejeito" (e-STJ fls. 916/917, grifei).

Destarte, elidir as conclusões supra - no sentido de que a ciência inequívoca da invalidez pelo segurado ocorreu em 25.11.2013, sendo certo que a demanda foi proposta em 05.06.2014, menos de um ano da constatação da incapacidade temporária, devendo ser afastada a tese de prescrição -

Superior Tribunal de Justiça

demandaria o revolvimento do quadrante fático-probatório da causa, providência vedada nesta sede especial, a teor do enunciado n.º 07/STJ.

Afirmou, ainda, contrariedade aos artigos 757 e 760 do CC/2002, sustentando, em síntese, que a suposta invalidez alegada decorreu de doença degenerativa, o que configura risco excluído da apólice de seguro contratada, bem como que inexistia prova de que o recorrido realmente se encontra total e definitivamente inválido, ademais este tinha ciência de que haviam critérios de proporcionalidade para o pagamento da cobertura, assim a Tabela da SUSEP deve ser observada.

No que toca à controvérsia, o Colegiado estadual consignou que:

"Do laudo pericial, é possível extrair que as lesões do autor não foram originadas de doenças degenerativas, o que faz cair por terra, de pronto, a argumentação lançada pelas rés e comprova o nexo causal entre a lesão e o direito ao pagamento da indenização.

A respeito do valor, vê-se que restou comprovada a incapacidade parcial e permanente do segurado, pois as lesões configuram a invalidez que gera direito à percepção da verba indenizatória.

Entendeu o magistrado que deveria ser aplicada ao caso a tabela da Superintendência de Seguros Privados (Susep), que estabelece coberturas parciais e proporcionais de acordo com o grau de invalidez permanente do segurado.

Entretanto, de acordo com os autos, os réus não se desincumbiram de seu ônus de comprovar que, no momento da contratação, o apelante tinha conhecimento da aplicação da referida tabela da SUSEP, ou seja, que o pagamento seria de acordo com o grau de invalidez, alegando, apenas, que o apelante "teve acesso a todas as informações necessárias à compreensão do contrato de seguro quando de sua formalização". Ainda que tenha sido apresentado o Certificado Individual do Seguro (f. 21 e ss), este sequer foi assinado pelo autor.

Dessarte, tem-se que, se o valor estipulado para invalidez por acidente deve ser o de R\$ 224.519,00, uma vez que não há nenhuma distinção entre invalidez permanente total ou parcial e a seguradora não demonstrou que o apelante na contratação tinha ciência da aplicação da tabela da SUSEP e, conseqüentemente, do grau de invalidez, em observância ao art. 6º, III e 54, § 4º do Código de Defesa do Consumidor.

Superior Tribunal de Justiça

(e-STJ fls. 920/921, grifei).

Ora, no caso, elidir as conclusões supra - no sentido de que (i) "as lesões do autor não foram originadas de doenças degenerativas"; (ii) "restou comprovada a incapacidade parcial e permanente do segurado"; e (iii) "não há nenhuma distinção entre invalidez permanente total ou parcial e a seguradora não demonstrou que o apelante na contratação tinha ciência da aplicação da tabela da SUSEP" - demandaria o revolvimento do quadrante fático-probatório da causa, o que atrai, igualmente, o óbice da Súmula n.º 07/STJ.

Por derradeiro, a instituição recorrente indicou dissídio jurisprudencial acerca da interpretação do artigo 781 do CC/2002, buscando afastar a indenização adicional.

Relativamente ao tema, o aresto reclamado assim consignou:

"Alega o autor, ainda, que tem direito ao acréscimo de 200%, (duzentos por cento) sobre a Cobertura Básica por ter optado pelo 'Plano D'.

Analizando o documento encartado à f. 24, tem-se que o apelante é beneficiário da apólice que enumera as coberturas e respectivas garantias, para o 'Plano D', do Fundo de Apoio à Moradia - FAM, estipulando, para o caso de invalidez por acidente, até o valor de R\$ 44.610,00, sendo que, para o participante do Plano D, tem-se: 'indenização adicional correspondente a até 200% da Cobertura Básica, paga quando o segurado principal vier a sofrer um acidente de que resulte perda ou impotência funcional e definitiva, total ou parcial, de membro(s) ou órgão(s), ponderado o grau de sua extensão.'

Assim, assiste razão ao apelante, pois sendo beneficiário da apólice em questão, tem o direito ao recebimento do valor estipulado para invalidez por acidente e por ter aderido ao plano 'D', tem direito ao valor adicional correspondente a 200% sobre a cobertura básica." (e-STJ fls. 923, grifei).

Como se vê, o colegiado local concluiu seu entendimento com base no conjunto fático-probatório dos autos, tornando-se impossível o confronto entre o paradigma e o acórdão recorrido, uma vez que a comprovação do alegado dissídio jurisprudencial reclama consideração sobre a situação fática própria

Superior Tribunal de Justiça

de cada julgamento, providência inviável na via eleita por força do enunciado n. 7/STJ. Ao ensejo:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. BURACO EM RODOVIA. NEXO CAUSAL. INEXISTENTE. PRETENSÃO DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO CONHECIDA.

[...]

3. A incidência da referida Súmula 7 impede o exame de dissídio jurisprudencial, uma vez que falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática do caso concreto, com base na qual deu solução à causa a Corte de origem. Agravo regimental improvido.

(AgRg no REsp 1522864/CE, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 26/05/2015, DJe 02/06/2015, grifei).

No mesmo sentido:

ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OFENSA AO ART. 535 DO CPC/73. INOCORRÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. NEXO DE CAUSALIDADE. NÃO COMPROVAÇÃO. REEXAME DE PROVA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL PREJUDICADO.

1. Não ocorre ofensa ao art. 535 do CPC/73 quando a Corte de origem decide a controvérsia de forma clara e fundamentada, ainda que contrariamente ao interesse da parte, sendo desnecessária a manifestação sobre todos os argumentos suscitados pelo recorrente.

2. A Corte de origem, amparada no acervo probatório dos autos, asseverou que o nexo de causalidade entre a conduta omissiva estatal e os supostos danos suportados pela parte autora não estava configurado, de maneira que rever tal conclusão demandaria, necessariamente, o reexame de matéria fática, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto na Súmula 7/STJ.

3. Resta prejudicada a análise da divergência jurisprudencial quando a tese sustentada já foi afastada no exame do recurso especial pela alínea a do permissivo constitucional.

4. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1224477/SP, Rel. Ministro SÉRGIO

Superior Tribunal de Justiça

KUKINA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 20/03/2018, DJe 09/04/2018)

Assim, a pretensão recursal não merece amparo.

Ante o exposto, com base no art. 932, incisos III, do CPC/15, não conheço do recurso especial.

A teor do artigo 85, § 2.º, do Código de Processo Civil de 2015, deixo de majorar os honorários advocatícios, uma vez que esses foram fixados em seu patamar máximo legal (cf. e-STJ fl. 719).

Intimem-se.

Brasília (DF), 07 de outubro de 2019.

Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
Relator