

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.390 - SC (2019/0302873-6)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : **DIANA DE MARTINI ANDRIOLI**
ADVOGADOS : **GIULLIANO PALUDO - SC015658**
FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S) -
SC016109
MAYARA MARINA MATTANA - SC033493
RECORRIDO : **BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
ADVOGADO : **ANGELINO LUIZ RAMALHO TAGLIARI E OUTRO(S) - SC021502**

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por DIANA DE MARTINI ANDRIOLI, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, assim ementado (fls. 497/498):

PROCESSUAL CIVIL - SENTENÇA - FUNDAMENTAÇÃO - NULIDADE - INOCORRÊNCIA

"A fundamentação concisa da decisão judicial ou o simples desatendimento à tese defendida pela parte não retira do ato a sua higidez, desde que suficientemente expostas as razões de fato e de direito motivadoras da decisão final (AC n. 0001572-40.2004.8.24.0023, Des. Henry Petry Júnior).

CERCEAMENTO DE DEFESA - JULGAMENTO ANTECIPADO - NULIDADE AFASTADA

Não há que se falar em cerceamento de defesa se a produção de provas se mostra absolutamente inócua. Mormente quando documentos colacionados com a petição inicial demonstram que o quadro clínico apresentado pela autora não dá ensejo à cobertura securitária.

CIVIL - SEGURO DE VIDA EM GRUPO - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E PARCIAL POR ACIDENTE - DOENÇA OCUPACIONAL - EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE - INDENIZAÇÃO INCABÍVEL

À míngua de previsão legal ou regulamentar nesse sentido, afigura-se por descabida a pretensão de equiparação da doença ocupacional ao acidente de trabalho para fins de seguro pessoal, não sendo aplicável a legislação previdenciária por analogia ao âmbito securitário.

INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA - PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE - NÃO CONFIGURAÇÃO - INCAPACIDADE PARCIAL - INDENIZAÇÃO NÃO DEVIDA

1 A cobertura para invalidez total funcional por doença pressupõe

a perda da existência autônoma do segurado, nos termos da Circular n. 305/2005 da SUSEP; inexistente a incapacidade total, inviável o pleito condenatório.

2 Inexistindo contratação da cobertura para eventual invalidez parcial decorrente de doença do segurado, resta impossível determinar que a seguradora indenize serviço não contratado.

PREQUESTIONAMENTO - MATÉRIA SUFICIENTEMENTE ANALISADA

"O pedido de prequestionamento não encontra assento se a motivação do decisório se apresenta suficiente ao desvelo da controvérsia e a justificar as razões do convencimento do juízo, e, não sendo a conclusão fático-jurídica formulada passível de infirmação por quaisquer outras alegações, autorizada está a ausência de exame específico das demais teses versadas" (AC n. 2016.015213-3, Des. Henry Petry Júnior).

Opostos embargos declaratórios, foram rejeitados às fls. 565-575.

Nas razões recursais, a parte recorrente, aponta violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015; 2º, 3º, 6º, 14, 46, 47, 51, IV e § 1º, e 54 do CDC; 19, 20 e 21 da Lei 8.213/1991; 166 do CC; 54, I, II e III, 58, § 1º, 46, 63 e 64 da Resolução 117/2004 do CNSP e 97 da Circular 302/2005 da SUSEP, além de dissídio jurisprudencial.

Sustenta, em suma, os seguintes aspectos: a) omissão do Tribunal de origem quanto à tese firmada em julgamento de casos repetitivos pelo STJ quanto ao dever de informação e em relação a equiparação de doença ocupacional a acidente; b) não foi observado o dever de informação pela seguradora acerca das cláusulas do contrato, sobretudo porque a recorrente não recebeu as condições gerais do contrato; c) as cláusulas devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor, bem como que é abusiva a disposição que restringe o direito do segurado; d) cabimento da equiparação da doença ocupacional à acidente para fins securitários, a fim de receber a indenização correspondente.

Por fim, reitera o pedido de justiça gratuita.

Apresentadas contrarrazões às fls. 783/799.

É o relatório. Decido.

Na hipótese em exame, aplica-se o Enunciado 3 do Plenário do STJ: "Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal

na forma do novo CPC".

No que diz respeito a renovação da assistência judiciária gratuita, a Corte Especial deste Superior Tribunal de Justiça, na sessão do dia 26.2.2015, com base na interpretação dos artigos 4º, 6º e 9º da Lei nº 1.060/1950, decidiu que o referido benefício, uma vez concedido, prevalecerá em todas as instâncias e para todos os atos processuais, nos termos da ementa abaixo transcrita:

AGRAVO REGIMENTAL NOS EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. JUSTIÇA GRATUITA (LEI 1.060/50, ARTS. 4º, 6º E 9º). CONCESSÃO. EFICÁCIA EM TODAS AS INSTÂNCIAS E PARA TODOS OS ATOS DO PROCESSO. RENOVAÇÃO DO PEDIDO NA INTERPOSIÇÃO DO RECURSO. DESNECESSIDADE. AGRAVO PROVIDO.

1. Uma vez concedida, a assistência judiciária gratuita prevalecerá em todas as instâncias e para todos os atos do processo, nos expressos termos do art. 9º da Lei 1.060/50.

2. Somente perderá eficácia a decisão deferitória do benefício em caso de expressa revogação pelo Juiz ou Tribunal.

3. Não se faz necessário para o processamento do recurso que o beneficiário refira e faça expressa remissão na petição recursal acerca do anterior deferimento da assistência judiciária gratuita, embora seja evidente a utilidade dessa providência facilitadora. Basta que constem dos autos os comprovantes de que já litiga na condição de beneficiário da justiça gratuita, pois, desse modo, caso ocorra equívoco perceptivo, por parte do julgador, poderá o interessado facilmente agravar fazendo a indicação corretiva, desde que tempestiva.

4. Agravo interno provido, afastando-se a deserção (AgRg nos EAREsp 86.915/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, CORTE ESPECIAL, julgado em 26/02/2015, DJe 04/03/2015).

Nesse cenário, ficou assentado que eventual pedido de renovação apenas teria necessidade no caso de revogação do benefício no curso do processo ou de indeferimento anterior, não havendo previsão legal que determine referido pedido no caso da gratuidade de justiça já concedida. Assim, já tendo sido deferida a assistência judiciária anteriormente em favor da parte recorrente, fica dispensado novo exame do pedido em sede de recurso especial.

Além disso, observa-se que a iterativa jurisprudência desta Corte firmou-se

pela impossibilidade de examinar a alegada violação a artigos de resoluções ou qualquer outro tipo de norma que não se enquadre no conceito de lei federal.

Ademais, ao contrário do alegado, o Tribunal de origem se manifestou sobre todas as questões necessárias ao deslinde da controvérsia, apenas sendo a conclusão do julgado diversa da pretendida pela recorrente, de modo que a rejeição dos embargos declaratórios, nesse contexto, não implica contrariedade dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015. Sobre o tema: EDcl no AgInt no AREsp 156.220/PR, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 20/02/2018, DJe 27/02/2018.

Noutro vértice, extrai-se dos autos que a parte recorrente ajuizou ação de cobrança da importância relativa à indenização por invalidez permanente, conforme apólice de seguro de vida em grupo, a qual foi julgada improcedente. O TJSC manteve a sentença, sob os seguintes fundamentos (fls. 506/517):

3.2.1 Da invalidez decorrente de doença ocupacional

A recorrente fundamenta seu pleito na existência de doença ocupacional desencadeada pelas atividades que realizava enquanto empregada na empresa que atuou como estipulante no contrato de seguro.

A seguradora, de outro norte, aduz que o fato ocorrido com a segurada não é indenizável, uma vez que a doença ocupacional é expressamente excluída do contrato.

Sustenta, ainda, que esta não pode ser comparada ao acidente de trabalho, porquanto os termos da legislação previdenciária não podem ser utilizados na esfera securitária particular.

Aduz, por fim, não ser cabível indenização decorrente de doença, pois o estado da autora não é de invalidez total.

É crível que a atividade profissional da requerente (operadora de produção) resultou nas patologias que a acometem, ou seja, seriam doenças ocupacionais.

Ocorre que este tipo de sinistro não é coberto pelo presente seguro, pelo descrito em suas condições gerais.

Neste ponto a autora afirmou que desconhecia as cláusulas limitadoras de seu direito, uma vez que se trata de contrato de seguro em grupo, firmado pela seguradora e a empresa empregadora (Sadia S/A).

Em que pese a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, conforme detalhado alhures, a apólice é clara ao indicar as limitações da indenização, informando a existência dos dois tipos de invalidez total ou parcial por acidente e total funcional por doença, bem como a aplicação da Condições Gerais de Seguro

para o pagamento das reparações.

Ademais, a responsabilidade de comunicação e repasse dessas informações aos segurados é da estipulante, Sadia S/A, conforme se extrai do item n. XV, "IV" e "VIM" das referidas condições (fl. 160). Logo, a seguradora não pode ser responsabilizada por eventual desídia da contratante e não podem ser afastados os termos aditivos da apólice devidamente informados nesta.

Acerca da natureza jurídica do estipulante no contrato de seguro, leciona a doutrina:

"Ao estipulante cabem todas as tratativas preliminares destinadas à contratação do seguro. Ele é quem verifica da conveniência de celebrar, ou não, o contrato; é ele quem, entre o elenco de garantias oferecidas pela seguradora, escolhe as que melhor se adaptam ao grupo segurável. [...] O estipulante exerce, além das funções que lhe cabem diretamente, aquelas decorrentes de sua condição de mandatário dos segurados".(TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; e PIMENTEL, Ayrton. O contrato de seguro de acordo com o Código Civil Brasileiro. 3 ed. Atual. Ampl. São Paulo: Roncarati, 2016. p. 307).

Outrossim, entende-se que "o contrato de seguro de vida em grupo não é firmado diretamente pelo beneficiário, o qual, na verdade, somente adere à negociação principal. É uma espécie de contrato guarda-chuva (aquele firmado entre a Estipulante e a Seguradora), ao qual os interessados (funcionários da estipulante), passam a aderir. Então, não há como, de fato, a Consumidora debater os termos da contratação, uma vez que há a sua adesão aos termos do que foi entabulado por sua empregadora. A estipulante é uma espécie de mandatária de seus funcionários para fins do seguro de vida em grupo - art. 436 do Código Civil (AC n. 0018227-87.2013.8.24.0018, Desa. Rosane Portella Wolff).

[...]

Assim, deve-se avaliar se a condição da requerente é enquadrada nos riscos dispostos na apólice, a qual prevê a indenização por invalidez por doença funcional e, ainda, invalidez total ou parcial por acidente.

[...]

Por oportuno, "mais uma vez, destaca-se que o contrato de seguro possui interpretação restritiva - art. 757 do Código Civil -, destacando-se que não há conflito, nesse ponto, com o art. 47 do Código de Defesa do Consumidor, porquanto a interpretação mais benéfica ao Aderente não pode possuir o condão de alterar o tipo de risco para o qual o seguro foi contratado. Além do mais, nesse caso, essa interpretação mais benéfica à Autora ocorre, de fato, no

caso de haver ambigüidade de interpretação ou, então, cláusulas obscuras, sendo que não é essa a situação in casu, mormente porquanto a entabulação, conforme já apontado, se deu entre a Estipulante e a Ré" (AC n. 0018227-87.2013.8.24.0018, Des. Rosane Portella Wolff).

[...]

Assim, impossível enquadrar as doenças ocupacionais como acidente de trabalho.

Com efeito, não há falar em aplicação dos termos da Lei n. 8.213/1991, uma vez que é legislação específica à questão previdenciária, o que não se confunde com o presente caso, haja vista se tratar de seguro pessoal, pautado nos ditames da legislação civil.

Não deve, igualmente, ser acolhida a tese de inconstitucionalidade das resoluções e circulares expedidas pelas entidades de regulação das seguradoras, uma vez que - como dito acima - o contrato de seguro possui natureza restritiva, pois o cálculo do prêmio e das indenizações é determinado pelos riscos assumidos, de forma que não existe qualquer tipo de afronta à Carta Magna na aplicação da supracitada regulamentação.

Registre-se, ainda, que a interpretação favorável ao consumidor (CDC, art. 47), por certo, depende da existência de dubiedade na leitura das cláusulas contratuais. Dessa forma, como a cobertura prevista se encontra clara e em conformidade com a legislação de regência e com as normativas do órgão fiscalizatório, descabido cogitar obscuridade ou nulidade das cláusulas, com base no art. 51 do Código de Defesa do Consumidor.

[...]

3.2.2 Invalidez funcional por doença

Há que se afastar a possibilidade de enquadramento da invalidez funcional por doença (IFPD), pois não configurado a hipótese descrita no contrato, qual seja, a perda da "existência independente do segurado".

Dos documentos médicos, nota-se que as lesões apontadas se restringem ao cotovelo e mão direita da segurada.

Dessa forma, verifica-se que não há como enquadrar a doença ocupacional da requerente nos riscos previstos de cobertura na presente apólice de seguro em grupo.

Assim, uma vez reconhecido que a invalidez da recorrente se deu por doença ocupacional não coberta pela apólice, a análise das alegações do recurso - todas voltadas a defender a equiparação da doença ocupacional a acidente para fins securitários - atraem a incidência das Súmulas 5 e 7 do STJ, aplicável a ambas as alíneas do permissivo

constitucional, diante da necessidade de reexame do acervo fático-probatório dos autos e da interpretação de cláusulas contratuais.

Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. PEDIDO DE SOBRESTAMENTO DO PROCESSO. DESCABIMENTO. PREVISÃO DE COBERTURA PARA INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO COM DOENÇA OCUPACIONAL. INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL. SÚMULAS 5 E 7/STJ.

1. A afetação de recurso representativo da controvérsia, nos termos do art. 1.036 do CPC/2015, não implica o sobrestamento dos processos em curso no STJ, mas apenas aqueles em trâmite nos Tribunais de origem. Precedente da Corte Especial. (EDcl no AgInt no AREsp 994.520/MG, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/06/2017, DJe 26/06/2017)

2. Tendo a Corte local, com base nas provas e na interpretação de cláusula contratual, concluído pela impossibilidade de equiparar a doença ocupacional sofrida pela recorrente com o conceito de acidente pessoal coberto pela apólice, não há como alterar tal entendimento, em sede de recurso especial, em razão dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ.

3. Agravo interno não provido." (AgInt no AREsp 1.290.026/SC, Relator o Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, DJe de 2/8/2019)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL E PARCIAL POR ACIDENTE. DOENÇA OCUPACIONAL. EQUIPARAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE COBERTURA. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. A revisão da conclusão a que chegou o Tribunal de origem, de que a incapacidade laboral parcial se deu por doença ocupacional não coberta pela apólice, esbarra no óbice das Súmulas 5 e 7/STJ.

2. Agravo interno não provido." (AgInt no AREsp 1.277.945/SC, Relator o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 20/11/2018)

Por fim, consta do acórdão atacado que o dever de informação acerca dos termos do seguro cabia à estipulante do seguro.

Ocorre que a jurisprudência desta Corte assinala que *"a seguradora deve sempre esclarecer previamente o consumidor e o estipulante (seguro em grupo) sobre*

os produtos que oferece e existem no mercado, prestando informações claras a respeito do tipo de cobertura contratada e suas consequências, de modo a não induzi-los em erro" (AgInt no REsp 1.644.779/SC, Relator o Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**, DJ de 25/8/2017).

Tal julgado foi estabelecido no âmbito da Terceira Turma, e não por meio de julgamento de recurso especial repetitivo, como afirmado no recurso, de modo que essa questão ainda não possui caráter vinculativo, o que não impede, contudo, que a orientação que dele se extrai não deva ser usada como norte para a análise do recurso.

Feitas essas considerações, não é correta a afirmação da Corte local de que a responsabilidade por informar o consumidor acerca das cláusulas do contrato seria da estipulante do seguro, considerando a orientação jurisprudencial ora colacionada e, ainda, o entendimento de que *"em seguros de vida em grupo, a estipulante é mera mandatária do segurado e, sendo assim, é parte ilegítima para figurar na ação em que o segurado pretende obter o pagamento da indenização securitária"* (REsp 1.741.679/SP, Relatora a Ministra **NANCY ANDRIGHI**, DJe de 10/8/2018).

Assim, reconhecida a responsabilidade da seguradora em prestar informações ao segurado sobre a existência de cláusulas restritivas, impõe-se o retorno dos autos à Corte de origem para que verifique eventual falha no cumprimento desse dever.

Diante do exposto, dou parcial provimento ao recurso especial para, reconhecendo a responsabilidade da seguradora em prestar informações ao segurado sobre a existência de cláusulas restritivas, determinar o retorno dos autos à Corte de origem a fim de que profira nova decisão, dando ao caso a solução que entender cabível.

Publique-se.

Brasília-DF, 19 de novembro de 2019.

Ministro **RAUL ARAÚJO**
Relator