

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.559 - SC (2019/0303913-6)**

**RELATOR** : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**  
**RECORRENTE** : **DARCI JOSÉ FERREIRA**  
**ADVOGADO** : **FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S)** -  
SC016109  
**RECORRIDO** : **BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**  
**ADVOGADO** : **ANGELINO LUIZ RAMALHO TAGLIARI E OUTRO(S)** - SC021502

**DECISÃO**

Trata-se de recurso especial interposto por DARCI JOSÉ FERREIRA, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, assim ementado (e-STJ, fls. 443/444):

*"DIREITO CIVIL. SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS. INVALIDEZ DECORRENTE DA ATIVIDADE LABORATIVA. RISCO QUE NÃO TEM PREVISÃO NA APÓLICE DE SEGURO. DEVER DE INFORMAÇÃO. PRETENSÃO À INDENIZAÇÃO PROPOSTA CONTRA A SEGURADORA JULGADA IMPROCEDENTE. RECURSO DESPROVIDO. HONORÁRIOS RECURSAIS (CPC, ART. 85, §§ 1º E 11).*

*01. "A estipulante, na contratação do seguro em grupo, age como mandatária (representante) do segurado perante a seguradora, e em seu nome realiza os atos necessários à celebração do seguro (art. 21, § 2º, do Decreto-Lei n. 73/1966). Nessa modalidade, portanto, quem possui a obrigação de informar o segurado acerca das disposições contratadas é a estipulante. Assim prevê o art. 3º, inciso III, da Resolução n. 107/2004 do CNSP, segundo o qual é obrigação da estipulante - e não da seguradora - 'fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro'" (TJSC: 3a CDCiv, AC n. 0013381-66.2009.8.24.0018, Des. Marcus Tulio Sartorato; 1ª CDCiv, AC n. 0008673-94.2014. 8.24.0018, Des. Jorge Luis Costa Beber; 2ª CDCiv, AC n. 0002268-76.2013.8.24.0018, Des. Rubens Schulz; 4ª CDCiv, AC n. 0052007-26.2011.8.24.0038, Des. Rodolfo Cezar Ribeiro da Silva Tridapalli; 5a CDCiv, AC n. 0501522-54.2013.8.24.0018, Des. Luiz César Medeiros; STJ: T-4, REsp n. 1.170.855, Min. Luis Felipe Salomão; T-4, AgIntREsp n. 1.620.137, Min. Antonio Carlos Ferreira; T-3, AgRgREsp n. 1.439.696, Min. Ricardo Villas 1315as Cueva; T-3, AgRgREsp n. 1.492.981, Min. Moura Ribeiro).*

*02. Na Resolução n. 117, de 2004, o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP definiu que "acidente pessoal" é "o evento com*

*data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qual - quer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico" (art. 5º, Inc. I).*

*Se incontroverso que a invalidez do segurado decorre do exercício da sua atividade ocupacional, não há como impor à seguradora o pagamento de indenização prevista para a hipótese de "acidente pessoal" (TJSC: ia CDCiv, AC n. 0311310-42.2014.8.24.0018, Des. Jorge Luis Costa Beber; 2a CDCiv, AC n. 0301075-13.2014.8.24.0019, Des. Rubens Schulz; 3º CDCiv, 0301219-39.2014.8.24. 0034, Des. Marcus Tulio Sartorato; 5ª CDCiv, AC n. 0300001-87.2015.8.24.0018, Des. Luiz César Medeiros).*

*03. Desprovida a apelação, responde o recorrente por honorários recursais (CPC/2015, art. 85, §§ 1º e 11), "mesmo quando não apresentadas contrarrazões" (STF: Pleno, AgRgAO n. 2.063, Min. Luiz Fux; T-1, EDclAgRgAO n. 1.779, Min. Luiz Fux; T-1, AgRgAI n. 864.689, Min. Edson Fachin; T-2, AgRgARE n. 1.028.419, Min. Ricardo Lewandowski; STJ: S-2, AgIntEDIREsp n. 1.539.725, Min. Antonio Carlos Ferreira; T-1, AgIntEDcIREsp n. 1.673.981, Min. Regina Helena Costa; T-1, AgIntREsp n. 1.622.209, Min. Gurgel de Faria; T-2, AgIntREsp n. 1.678.981, Min. Mauro Campbell Marques; T-2, EDclAgIntAREsp n. 1.060.338, Min. Og Fernandes; T-3, AgIntEDcIREsp n. 1.357.561, Min. Marco Aurélio Bellizze; T-4, AgIntREsp n. 1.161.606, Min. Antonio Carlos Ferreira).*

*Salvo situações excepcionais, é recomendável que sejam arbitrados em percentual sobre o montante dos "honorários anteriormente fixados" (STF: T-1, AgRgARE n. 1.063.161, Min. Rosa Weber; AgRgARE n. 1.005.685, Min. Alexandre de Moraes; T-2, AgRgRE n. 584.458, Min. Dias Toffoli; AgRgARE n. 1.041.802, Min. Ricardo Lewandowski)."*

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; 16 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.

É o relatório. Decido.

Observa-se, inicialmente, 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 ao art. 1.022 do CPC/2015.

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 Tribunal de origem manteve a sentença, sob os seguintes fundamentos (e-STJ, fls. 454/458):

*"Na resolução dos litígios originários de contratos de seguro de acidentes pessoais - exceto quanto àquele instituído pela Lei n. 6.194, de 19.12.1974, o denominado "seguro Dpvat" (REsp n. 1.091.756, Min. Marco Aurélio Bellizze) devem ser consideradas as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor (CDC, art. 3º, § 2º; REsp n. 1.352.419, Min. Ricardo Villas Bôas Cueva; REsp n. 347.752, Min. Herman Benjamin).*

*Dispõe que: I) "são direitos básicos do consumidor" (art. 6º), entre outros, "a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem" (inc. III); II) "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor" (art. 47).*

*Insistentemente tenho afirmado:*

*I) "Fundamental entender que a cláusula não será lida de forma mais favorável ao consumidor, mas será interpretada de forma mais favorável. Esse esclarecimento é necessário porque há diferença significativa entre a mera leitura e a interpretação, atos cuja similaridade é só superficial, e que empregam processos de*

*raciocínio essencialmente diversos. Interpreta-se quando há espaço para dúvidas, quando há indefinições, e o art. 47 não pode nem deve ser lido (ou interpretado) como se pretendesse que toda e qualquer cláusula contratual seja favorável ao consumidor. Em todos os contratos há - e tem de haver cláusulas que impõem ônus e deveres aos consumidores, e se a imposição desses ônus tiver sido feita de maneira clara e facilmente inteligível, não haverá como interpretar a cláusula que os prevê favoravelmente ao consumidor. Dessa afirmativa não se conclui que o ônus contratual imposto pela cláusula seja necessariamente válido, mas apenas que o controle de validade do conteúdo não será feito com base no art. 47, podendo ser aplicáveis outros dispositivos encontrados no Código (direito de revisão/modificações, proibições de abusividade, direito à informação prévia e adequada etc.)"* (Orlando Celso da Silva Neto, *Comentários ao código de defesa do consumidor*, Forense, 2013, p. 609/610).

*II) Assim como as leis, também as cláusulas do contrato e os fatos da causa não podem ser interpretadas "de modo a conduzir ao absurdo" (Egas Dirceu Moniz de Aragão, Comentários ao código de processo civil, Forense, 1983, 4a ed., v. II, p. 423). Qualquer interpretação sempre será "obra de raciocínio", de "sabedoria e bom senso". Não pode "o julgador ater-se exclusivamente aos vocábulos, mas, sim, aplicar os princípios que informam as normas positivas" (REsp n. 3.836, Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira).*

*III) "Defender os consumidores não pode significar tomar partido sistematicamente por eles, como se o direito se preocupasse unicamente com eles, ou pior ainda, como se fossem estes que estivessem sempre certos. Protegê-los significa essencialmente ser necessário impedir que sejam vítimas de abusos nas relações com os fornecedores. É preciso não cair no exagero de imaginar que a proteção significa que os interesses dos consumidores sejam sistematicamente sobrepostos aos dos fornecedores: o que se procura é somente alcançar razoável equilíbrio entre uns e outros" (Fernando Noronha, Significado da tutela do consumidor e suas limitações, Informativo Incijur, n. 61, agosto/2004).*

*IV) "O Código de Defesa do Consumidor contempla a reciprocidade, equidade e moderação, devendo sempre ser buscada a harmonização dos interesses em conflito, mantendo a higidez das relações de consumo. [...] A inversão do ônus da prova é instrumento para a obtenção do equilíbrio processual entre as partes, não tendo por fim causar indevida vantagem, a ponto de conduzir o consumidor ao enriquecimento sem causa, vedado pelo artigo 884 do Código Civil" (REsp n. 1.256.703, Min. Luis Felipe Salomão).*

*04. Pelas razões que passo a alinhar, tenho que a sentença deve*

*ser confirmada pelos seus próprios fundamentos, os quais adoto.*

*Acréscimo:*

*04.01. A causa origina-se de contrato de seguro de vida em grupo com cobertura para "morte, morte acidental, invalidez permanente por acidente e invalidez funcional permanente total por doença" (fls. 93/94). Tem como estipulante "Sadia S.A." e como segurador "Bradesco Vida e Previdência S.A.".*

*Na petição inicial, mais precisamente no capítulo reservado à descrição dos fatos, o autor afirmou que "devido ao demasiado labor passou a apresentar patologias incapacitantes, ou seja, decorrentes do trabalho e, portanto, equiparando-se a acidente. Ocorre que durante o período que executou suas atividades junto à sua empregadora esta (estipulante) o incluiu no seguro de vida, em grupo, onde dentre as coberturas existentes havia a previsão de indenização para morte, incapacidade laborativa, entre outros" (fl. 03).*

*No recurso insiste que "existindo o conceito de acidente de trabalho e tendo a apólice a cobertura para 'INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, e uma vez que o conceito de acidente de trabalho equipara a doença profissional com o acidente, conforme artigos acima transcritos a decisão merece reforma, pois existindo ACIDENTE não pode haver distinção entre acidente pessoal e acidente de trabalho decorrente de doença ocupacional, JÁ QUE O CONCEITO DE ACIDENTE É UM SÓ, não podendo valer somente para uns e deixar de existir para outros" (fls. 307/399).*

*É inquestionável que o demandante encontra-se inválido para o exercício de sua atividade ocupacional. Na sua versão, a invalidez origina-se da execução de "movimentos repetitivos, bem como FLEXÃO E ROTAÇÃO de tronco, prensão manual, levantamento e carregamento de peso e posturas ergonômicas completamente inadequadas, NÃO HAVENDO PAUSAS NECESSÁRIAS PARA UM BOM DESCANSO MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES E CO- LUNA".*

*Portanto, a prova pericial - que, ao contrário do que afirma no recurso, foi produzida - nem sequer era necessária.*

*04.02. Em numerosos acórdãos esta Corte e o Superior Tribunal de Justiça têm decidido que:*

*"A estipulante, na contratação do seguro em grupo, age como man- datária (representante) do segurado perante a seguradora, e em seu nome realiza os atos necessários à celebração do seguro (art. 21, § 2º, do Decreto -Lei n.*

*73/1966). Nessa modalidade, portanto, quem possui a obrigação de informar o segurado acerca das disposições contratadas é a estipulante. Assim prevê o art. 3º, inciso III, da Resolução n.*

*107/2004 do CNSP, segundo o qual é obrigação da estipulante - e não da seguradora - 'fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro' (TJSC: 3a CDCiv, AC n. 0013381-66.2009.8.24.0018, Des. Marcus Tulio Sartorato; 1a CDCiv, AC n. 0008673- 94.2014.8.24.0018, Des. Jorge Luis Costa Beber; 2' CDCiv, AC n. 0002268-76.2013.8.24.0018, Des. Rubens Schulz; 4a CDCiv, AC n. 0052007-26.2011.8.24.0038, Des. Rodolfo Cezar Ribeiro da Silva Tridapalli, 5' CD- Civ, AC n. 0501522-54.2013. 8.24.0018, Des. Luiz César Medeiros; STJ: T-4, REsp n. 1.170.855, Min. Luis Felipe Salomão; T-4, AgIntREsp n. 1.620.137, Min. Antonio Carlos Ferreira; T-3, AgRgREsp n. 1.439.696, Min. Ricardo Villas Bôas Cueva; T-3, AgRgREsp n. 1.492.981, Min. Moura Ribeiro).*

*"Na Resolução n. 117, de 2004, o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP definiu que 'acidente pessoal' é 'o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico' (art. 5º, inc. I). 02. Atestado pelo perito que a invalidez do segurado decorre do exercício da sua atividade ocupacio- nal, mais precisamente de 'Lesão por Esforço Repetitivo' (LER/DORT), não há como impor à seguradora o pagamento de indenização prevista para a hipótese de 'acidente pessoal' (TJSC: 1º CDCiv, AC n. 0311310-42. 2014.8.24.0018, Des. Jorge Luis Costa Beber; 2a CDCiv, AC n. 0301075-13. 2014.8.24.0019, Des. Rubens Schulz; 3a CDCiv, AC n. 0301219-39.2014.8.24. 0034, Des. Marcus Tulio Sartorato; 5a CDCiv, AC n. 0300001-87.2015.8.24.0018, Des. Luiz César Medeiros)" (AC n. 0300059-77.2015.8.24.0087, Des. Newton Trisotto).*

*Os precedentes aplicam-se ao caso em exame. Respaldam os fundamentos da sentença, os quais, repito, adoto."*

Como se observa, o acórdão atacado reconheceu ser impossível equiparar a doença ocupacional a que foi acometida a recorrente com o conceito de acidente pessoal coberto pela apólice.

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, nos termos do art. 255, § 4º, III, do RISTJ, 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, 06 de novembro de 2019.

MINISTRO RAUL ARAÚJO  
Relator