

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.868.759 - SC (2020/0072705-3)**

**RELATOR** : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**  
**RECORRENTE** : PRUDENTIAL DO BRASIL VIDA EM GRUPO S.A.  
**ADVOGADOS** : ANGELITO JOSÉ BARBIERI - SC004026  
EVELI SCHWARTZ - SC037464  
**RECORRIDO** : NERI BARBOSA  
**ADVOGADOS** : NEURI LADIR GEREMIA - SC011134  
LEANDRO MARCIO NOVAKOWSKI - SC030512

**EMENTA**

RECURSO ESPECIAL. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DEVER DE INFORMAÇÃO. SEGURADORA. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELO DEVER DE INDENIZAR. REVER O JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

**DECISÃO**

Na origem, Neri Barbosa ajuizou ação de cobrança de seguro com pedido de exibição de documentos contra Itaú Seguros S.A. (Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. - nova denominação). Esclareceu que foi contratado pela empresa BRF S.A., ainda em meados do ano de 1999, para atuar nos setores de desossa, operador de escaldagem e, por fim, mecânico industrial, tendo sido incluído em seguro de vida em grupo mantido pela empregadora em relação a seus funcionários. Em razão das atividades repetitivas desenvolvidas e da necessidade de utilização de grande força física em função do trabalho pesado, ficou acometido de sérios problemas, especialmente em seus membros superiores e em sua audição, estando incapacitado para o labor, fazendo jus, portanto, à indenização securitária estipulada na apólice.

O Magistrado de primeiro grau julgou procedente a demanda para condenar a Itaú Seguros S.A. ao pagamento de 22,5% da cobertura prevista na apólice, custas processuais e honorários advocatícios fixados em R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

Interposta apelação, a Sexta Câmara de Direito Civil, por unanimidade, negou provimento ao recurso nos termos da seguinte ementa (e-STJ, fl. 380):

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. RECURSO DA SEGURADORA. ALEGADA IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL A ACIDENTE. INSUBSISTÊNCIA. PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL QUE ATESTA REDUÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL PARCIAL E PERMANENTE, CUJA CAUSA TEM NEXO CAUSAL COM A ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA. EXISTÊNCIA DE COBERTURA EXPRESSA EM APÓLICE DE SEGURO PARA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA). POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DA INVALIDEZ DO AUTOR NA REFERIDA ESPÉCIE DE COBERTURA. AUSÊNCIA DE CIÊNCIA DO CONSUMIDOR ACERCA DE QUAISQUER DISPOSIÇÕES OU RESSALVAS CONTRATUAIS LIMITATIVAS. AFRONTA AO DIREITO/DEVER DE INFORMAÇÃO. EXEGESE DO ART. 51, INCISO IV, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DEVER DE INDENIZAR CONFIGURADO. ENTENDIMENTO DESTA CÂMARA FIRMADO ATRAVÉS DE JULGAMENTO ESTENDIDO AO QUAL PASSOU A SE FILIAR ESTE RELATOR. SENTENÇA MANTIDA. HONORÁRIOS RECURSAIS. ARBITRAMENTO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

Nas razões do recurso especial, Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. alega dissídio jurisprudencial e ofensa aos arts. 757 e 760 do CC/2002. Insurge-se, em suma, contra a conclusão do acórdão em condená-la ao pagamento da cobertura de invalidez funcional total permanente por doença, em razão de ausência de conhecimento da recorrida acerca das cláusulas limitativas do seguro de vida.

Sustenta, em síntese, que o contrato de seguro de vida em grupo não se processa da mesma forma que um contrato individual, pontuando que o dever de informação da seguradora é para com o estipulante, entre os quais a apólice-mestra é firmada.

Ressalta, ainda, que o segurado adere à apólice por meio da estipulante, a qual tem o dever de informá-lo acerca de eventuais cláusulas limitadas.

Acentua a impossibilidade de equiparação de doença profissional com acidente pessoal.

Sem contrarrazões (e-STJ, fl. 446).

Juízo de admissibilidade positivo (e-STJ, fls. 447-449).

Brevemente relatado, decido.

No caso, verifica-se que o Tribunal de Justiça manteve a sentença que reconheceu o direito à indenização securitária ao segurado, adotando a seguinte fundamentação (e-STJ, fls. 384-394):

No caso, a empresa BRF Brasil Foods S/A, na qualidade de estipulante, celebrou com a Seguradora Ré um contrato de seguro de vida em grupo, apólice n. 01.93.639010, em favor de seus empregados, sendo incluída o Autor.

De acordo com a proposta de adesão de fls. 64-66, foram contratadas garantias para "Morte", "Morte Acidental", "Invalidez Permanente por Acidente", "Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença" e indenização especial para "Morte", "Morte Acidental" e "Invalidez Permanente por Acidente" para os cônjuges. Além da garantia "Morte" para os filhos.

Ocorre que não há nos autos nem sequer indícios que a Recorrente tenha, em algum momento, dado conhecimento ao Apelado das Condições Gerais do ajuste, nos quais constam as definições e minúcias dos eventos contratados.

Ora, não pode ser exigido do consumidor, no caso, o Autor, o conhecimento dos termos técnicos específicos, em franca inobservância ao princípio da boa -fé contratual e à natural expectativa de que, lhe sobrevivendo incapacidade, haja o pagamento da indenização.

Nesse contexto, cabia à Seguradora demonstrar que cumpriu devidamente o seu dever de informar adequadamente o consumidor, quando da celebração da avença, fornecendo uma cópia do "Certificado Individual" e das "Condições Gerais"; ou ainda, demonstrar que esses se encontravam devidamente assinados pelo Recorrido, para que se pudesse concluir que o Autor detinha conhecimento daquilo que efetivamente foi estipulado, bem como que o ajuste não compreendia a invalidez laboral.

Entretanto, tais fatos não remanescem provados nos autos, pois a Seguradora não demonstrou que o Demandante tomou conhecimento das cláusulas do mencionado contrato, havendo a Recorrente se limitado a defender a legalidade do contrato de seguro e restrição da sua responsabilidade delimitada na apólice, sem se desincumbir do ônus de provar que houve a efetiva entrega de documento explicativo ao Autor, e que ela teria apostado a sua firma, para que a partir daí não subsistisse dúvida quanto à ausência de informação adequada ao consumidor, o que é vedado pelo Diploma Consumerista.

Acrescenta-se a isso que, "Verificada a falha ao prestar informação ao aderente, a conduta da seguradora atrai a aplicação do art. 46 do digesto consumerista, e, coadunando-se os elementos comentados, não há dúvida que as cláusulas restritivas ao valor da indenização, ainda que válidas per se, tornam-se nulas ante a ausência de ciência do consumidor acerca de seu conteúdo". E por esta razão, 7..] inviável esposar o entendimento de que as disposições do Decreto-lei n. 73/1966 e das normas da Susep se prestariam a regulamentar o direito de informação previsto no CDC, transferindo a obrigação da

fornecedora (seguradora) para a estipulante. Isso porque o CDC é um microsistema jurídico, irradiando seus princípios a todas as relações de consumo, independentemente da existência de normas especiais para atividades econômicas específicas.' (TJSC, Apelação Cível n. 0001584-75.2012.8.24.0087, de Lauro Müller, rel. Des.André Luiz Dacol, Sexta Câmara de Direito Civil, j. 15-05-2018).

Além disso, com relação ao dever da estipulante, muito bem fundamentou a eminente Desembargadora Denise Volpato em seu voto prolatado nos autos n. 0300436-95.2014.8.24.0018, vejamos:

Contudo, não há que se falar em assunção pela estipulante, mera mandatária do segurado, de satisfazer dever inerente ao fornecimento do serviço, próprio do fornecedor.

No aspecto, cristalina é a redação do artigo 801, § 1º, do Código Civil, ao estabelecer não ser a estipulante representante do segurador perante o grupo segurado, não assumindo, assim, nenhum dever para com o grupo que não seja o de firmar o contrato de seguro.

Dispõe o artigo 801, § 1º, do CC, verbis:

"Art. 801. O seguro de pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule.

§ 1º O estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais." (grifou-se).

Nesse mesmo sentido, colhe-se dos ensinamentos de Maria Helena Diniz:

"O seguro de pessoa pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica em favor de grupo a que pertence. O estipulante, que não é representante do segurador perante o grupo segurável, responsabiliza-se pelo adimplemento dos deveres contratuais assumidos pelo grupo, inclusive pela arrecadação do prêmio a ser entregue ao segurador. O grupo segurado deverá, havendo o descumprimento contratual, agir diretamente contra o segurador. O estipulante apenas tem a função de firmar o contrato entre o segurador e o grupo."(Código Civil Anotado. 9. ed. rev. e atua. De acordo com o novo Código Civil - São Paulo: Saraiva, 2003. p. 513) [grifou-se].

Não difere, assim, a lição de Claudio Luiz Bueno de Godói:

"Os segurados, em proveito e em nome de quem o estipulante contrata, porquanto seu mandatário, como já estava no art. 21, § 2º, do Decreto-lei n.

73/66, possuem direta pretensão contra o segurador, para exigência do valor segurado, no caso de ocorrência de sinistro, relativo a risco que lhes concerne, que lhes é afeto, diferentemente da simples estipulação, por risco do estipulante, em que terceiro é meramente o beneficiário. Explicita-se, todavia, que o estipulante não representa o segurador perante o grupo de pessoas seguradas. A especial preocupação do legislador, porém, foi a modificação do contrato, de forma essencial e a dano potencial dos segurados, sem seu prévio conhecimento e mais, sem seu 'placet'." (Código Civil comentado: doutrina e jurisprudência / coordenador Cezar Peluso. - 9. ed. rev. e atua. - Barueri, SP:

Manoele, 2015. p. 790) [grifou-se].

Dessarte, por força do princípio da legalidade, inscrito no artigo 5º, II, da Constituição Federal, impossível imputar-se à mandatária dos segurados (e não da seguradora, ressalta-se), em afronta a norma escrita, obrigação própria da fornecedora do serviço (única destinatária do prêmio pago pelos segurados).

Outrossim, segundo o artigo 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, o fornecedor responde solidariamente pelo descumprimento de seu dever legal mesmo que a prática do ato tenha sido por ele atribuída a outrem.

Isso decorre do fato de ser a seguradora a beneficiada direta da prestação do serviço (e não a estipulante), pois é ela quem aufera lucro com a atividade.

Note-se, quem redige os contratos, quem emite a apólice é a seguradora e não a estipulante.

Não bastassem as disposições legais atinentes à temática, a normativa infra legal do Conselho Nacional de Seguros Privados prevê de forma bastante clara que a seguradora deve informar cada componente do grupo segurado acerca das condições do serviço que lhes oferece (no aspecto, impõe-se destacar que o Código de Defesa do Consumidor estabelece em seu artigo 2º, que o consumidor não é só o contratante, mas quem usufrui do produto ou serviço).

Extrai-se da Resolução n. 117/2004, do CNSP:

"Art. 64. A contratação coletiva deverá ser celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da sociedade seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com o segurado, beneficiário e assistido, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

Parágrafo único. O contrato deverá estabelecer a obrigatoriedade de a sociedade seguradora prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

Art. 65. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela sociedade seguradora da respectiva proposta de adesão e conseqüente adesão ao contrato, observado o disposto no §2º do art.17 desta Resolução.

§ 1º Para a aceitação de que trata o "caput", poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.

§ 2º A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela sociedade seguradora.

Art. 66. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o estipulante e a sociedade seguradora, bem como constar informação de que qualquer alteração nas condições contratuais, que implicar em ônus ou dever para os segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado." Assim sendo, a seguradora deve ser responsabilizada, portanto, pela redação imprecisa dos instrumentos da relação

contratual e pela informação não devidamente fornecida aos segurados (seja por ela, ou pela estipulante).

Resta claro o dever da seguradora de bem informar os segurados. (grifos no original).

Ressalta-se também que não me parece crível que a parte autora - pessoa simples -, sem nenhuma explicação sobre o tema, saiba diferenciar "invalidéz por acidente", "invalidéz funcional" e "invalidéz laborativa", especialmente quando o ajuste tem como estipulante o seu empregador, o que, sem sombra de dúvidas, o faz crer que, uma vez incapacitado para o trabalho, fará ele jus à indenização contratada.

(...)

Anota-se, ainda, que a implementação da contratação em massa por intermédio de contrato de adesão, como o de seguro de vida em grupo, tem em suas cláusulas gerais os atributos do preestabelecimento, da unilateralidade da estipulação, da uniformidade e da rigidez.

Dessa feita, as cláusulas do contrato de seguro devem ser interpretadas de forma mais favorável ao Segurado, principalmente quanto aos riscos cobertos pela seguradora, com o objetivo de reequilibrar a relação jurídica advinda do pacto de adesão, cujas cláusulas tenham sido estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de serviços, sem que o aderente tenha possibilidade de modificar ou discutir substancialmente o seu conteúdo.

Assim, estando claramente demonstrado por meio do laudo pericial judicial elaborado que o Autor padece de incapacidade parcial e permanente (item "4" e "5" de fl. 282), de forma que deve ser mantida a procedência do pleito indenizatório, no sentido de que o pagamento do Seguro é devido para a cobertura "Invalidéz Permanente Total ou Parcial por Acidente" (IPA).

Neste contexto, tem-se que as lesões do Autor (epicondilite lateral do cotovelo esquerdo e perda da audição bilateral, fl. 282) são relacionadas ao trabalho, podendo ser enquadradas no conceito de acidente pessoal definido no contrato de seguro entabulado entre as partes.

Até porque, as doenças desencadeadas pelo exercício do trabalho são equiparadas ao acidente do trabalho, na forma do art. 20, incisos I e II, da Lei n. 8.213/1991, in verbis:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

E, de acordo com o art. 21, inciso I, da aludida Lei n. 8.213/1991, também se equipara ao acidente do trabalho aquele que, mesmo que não tenha sido a única causa, contribuiu diretamente para a perda ou redução da capacidade laborai, vejamos:

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

Assim, da forma como fundamentou o magistrado de 1º grau, "a doença profissional, para efeito de cumprimento de obrigação securitária, equipara-se à acidente de trabalho típico, razão pela qual não há se falar em exclusão da cobertura: 'É entendimento consolidado pela jurisprudência pátria que as moléstias provenientes do exercício da profissão caracterizam-se como acidente pessoal, visto que invalidam o segurado no mesmo grau de intensidade de um infortúnio ocorrido violentamente, não sendo a subitaneidade elemento essencial para o seu reconhecimento' (TJSC, Ap. Civ. n. 2007.019320-3, de Videira, rel. Des. Joel Figueira Júnior, j. em 3-8-2010)." (fl. 320).

Sob tais circunstâncias, não há como alterar o entendimento consagrado na sentença hostilizada, pelo que o recurso da Seguradora não merece acolhida.

Da análise da decisão proferida pela Corte estadual, observa-se que esta, ao apreciar os fatos e as provas constantes do processo, entendeu que não foi cumprido o dever atribuído à recorrente de prestar as informações à agravada acerca das cláusulas limitativas do seu direito, razão pela qual deu provimento ao recurso desta.

Assim, a modificação das premissas firmadas na origem, de modo a acolher a tese defendida pela agravante no tocante à viabilidade de pagamento da indenização securitária, demandaria a análise das cláusulas do contrato e o reexame do acervo fático-probatório dos autos, procedimentos inviáveis no âmbito do recurso especial, nos termos das Súmulas 5 e 7 do STJ.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS. CLÁUSULAS LIMITATIVAS. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO ADEQUADA. FALTA DE ASSINATURA DA CONTRATANTE. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO SOBRE CLÁUSULA RESTRITIVA. SÚMULA 83 DO STJ. RECURSO NÃO PROVIDO.

[...]

2. Ademais, o entendimento da Corte local sobre o dever da seguradora informar ao segurado consumidor sobre cláusula restritiva está em conformidade com a jurisprudência do STJ no sentido de 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 as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro" (AgInt no REsp 1644779/SC, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 08/08/2017, DJe 25/08/2017).

3. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1428250/RJ, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2019, DJe 27/06/2019)

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC) - AUTOS DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. IRRESIGNAÇÃO DA SEGURADORA.

1. Violação ao art. 535, do Código de Processo Civil, não configurada. Acórdão estadual que enfrentou todos os aspectos essenciais à resolução da controvérsia de forma clara e fundamentada.

2. A cláusula de cobertura de danos pessoais abrange os danos morais, quando estes não constarem de cláusula de exclusão expressa, nos termos da Súmula 402/STJ. A aferição da existência da aludida cláusula de exclusão é impossibilitada nesta instância extraordinária, à vista do óbice do Enunciado de Súmula 7 deste Sodalício.

3. A alteração da cognição formada na instância ordinária - acerca da inexistência de ciência do segurado referente à cláusula de exclusão da cobertura de indenização por danos morais -, é inviável a esta Eg. Corte Superior ante o disposto na Súmula 7/STJ, pois ensejaria necessariamente o reexame do acervo fático-probatório juntado aos autos.

4. Agravo regimental desprovido.

(AgRg no REsp 1424005/SC, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 19/11/2015, DJe 30/11/2015 - sem grifo no original)

Impende ressaltar, por fim, que, consoante iterativa jurisprudência desta Corte, a incidência das Súmulas 5 e 7 do STJ impede o conhecimento do recurso lastreado, também, pela alínea *c* do permissivo constitucional, uma vez que falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática de cada caso.

Diante do exposto, nego provimento ao recurso especial.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro os honorários em favor do advogado da parte recorrida em R\$ 200,00 (duzentos reais).

Publique-se.



# *Superior Tribunal de Justiça*

Brasília-DF, 1º de abril de 2020.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator