



## ESTADO DE SANTA CATARINA TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**APELAÇÃO Nº 5010183-13.2021.8.24.0018/SC**

**RELATOR:** DESEMBARGADOR HELIO DAVID VIEIRA FIGUEIRA DOS SANTOS

**APELANTE:** DILVANIA DOMINGA SANTINI (AUTOR)

**APELADO:** AXA SEGUROS S.A. (RÉU)

**APELADO:** SUL AMERICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDENCIA S.A. (RÉU)

**APELADO:** COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDENCIA DO SUL (RÉU)

### RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta por Dilvania Dominga Santini Battistella contra sentença que, nos autos da *ação de cobrança de seguro de vida em grupo*, julgou improcedente o pedido de condenação das seguradoras ao pagamento da indenização securitária, sob o fundamento de que a doença laboral que acomete a autora, ora apelante, não se enquadra nos riscos cobertos na apólice, que deve ser analisada restritivamente (ev. 27.1 - PG).

A apelante invocou, preliminarmente, a nulidade da sentença por suposta violação ao disposto no art. 489 do CPC e cerceamento de defesa em virtude da ausência de realização da perícia médica, necessária para atestar o seu grau de invalidez. No mérito, disse que a questão deve ser analisada sob a ótica das disposições consumeristas, interpretando as cláusulas contratuais favoravelmente ao consumidor. Alegou que não foi cientificada a respeito das cláusulas restritivas e tampouco recebeu cópia dos termos de adesão ou dos certificados de seguros. Insistiu que sua incapacidade decorre do trabalho prestado ao longo dos anos e que a doença laboral deve ser equiparada a acidente pessoal, nos termos do art. 19 da Lei 8.213/91, ou ao menos englobada pelo conceito de invalidez funcional permanente por doença (IFPD). Requereu, ao final, o acolhimento da preliminar ou, caso superada, o provimento do recurso, com a reforma da sentença e a condenação da seguradora ao pagamento da indenização securitária (ev. 49.1- PG).

O recurso é tempestivo e a apelante é beneficiária da justiça gratuita.

Contrarrazões nos ev. 59.1, ev. 60.1 e ev. 62.1 - PG.

Os autos foram suspensos, em razão da controvérsia instaurada no Tema 1.112, que recentemente teve pronunciamento definitivo pela 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça.

Este é o relatório.

## VOTO

1. Preenchidos os requisitos de admissibilidade, conheço do recurso.

2. A apelante diz ser nula a sentença por ofensa ao art. 489 do CPC.

É cediço que o julgador não está obrigado a se manifestar sobre todas as alegações suscitadas pelas partes, bastando apenas que apresente, fundamentadamente, os motivos do seu convencimento, especialmente se tal manifestação não seria capaz de influenciar no resultado da decisão.

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu:

*[...] Não se configura a alegada negativa de prestação jurisdicional, uma vez que o Tribunal de origem julgou integralmente a lide e solucionou a controvérsia, tal como lhe foi apresentada. Registre-se que não é o órgão julgador obrigado a rebater, um a um, todos os argumentos trazidos pelas partes em defesa da tese que apresentaram. Deve apenas enfrentar a demanda, observando as questões relevantes e imprescindíveis à sua resolução (REsp 1635909/PR, rel. Min. Herman Benjamin, da Segunda Turma, j. 13.12.2016, DJe 19.12.2016).*

Outrossim, afasto a tese de que a sentença não identificou seus fundamentos determinantes, porque a decisão é clara e se pautou na legislação aplicável ao caso, na jurisprudência do STJ e deste Tribunal de Justiça, consideradas as provas produzidas.

3. Suscita, ainda, a ocorrência de cerceamento de defesa, em razão da ausência de realização de perícia médica.

No entanto, a razão de decidir do magistrado funda-se primordialmente na compreensão de que a doença laboral (que a autora diz lhe acometer) não é englobada no conceito de acidente pessoal, coberto pela apólice em questão.

Com efeito, a prova fundamental para elucidação da contenda é estritamente documental e, assim, os elementos constantes dos autos são suficientes para esta prestação jurisdicional. A prova técnica não seria suficiente para contrapor as disposições do contrato e o já consolidado entendimento que serviu de base à convicção judicial do magistrado – o qual, adiantado, será mantido nesta ocasião.

Nesse cenário, não há falar em cerceamento de defesa.

4. Os contratos firmados entre a estipulante e as seguradoras prevêm cobertura, entre outras, para **a)** invalidez permanente por acidente e **b)** invalidez funcional permanente por doença (ev. 12.6, 15.6 e 18.5 - PG).

A invalidez funcional permanente por doença é definida no art. 17 e parágrafos da Circular n. 302/2005, da SUSEP, assim dispondo:

*Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, consequente 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 autônômicas 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.*

A cobertura de invalidez permanente por acidente (IPA), por sua vez, está regulada no art. 11 da Circular da SUSEP n. 302/2005 da seguinte maneira:

*Art. 11. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.*

Já o conceito de acidente pessoal é definido pela Resolução n. 117/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP:

*Art. 5º [...] I - acidente pessoal: 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, observando-se que:*

*[...] b) excluem-se desse conceito:*

*b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto.*

*[...] b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo [...] (grifou-se).*

Destaco que tanto a regulação da cobertura quanto o conceito de acidentes pessoais estão dispostos nas "*Condições Gerais*" do seguro contratado e há exclusão expressa da cobertura em caso de doença laboral (ev. 12.7, p. 3; ev. 15, 15.4, p.3 e ev. 18.6, p. 4 - PG).

No caso dos autos, a autora almeja o recebimento do valor previsto no contrato de seguro de vida em grupo firmado por sua empregadora, Cooperativa Central Aurora Alimentos (estipulante), aduzindo que em razão do trabalho desenvolvido junto a sua empregadora, Cooperativa Central Oeste Catarinense (Aurora), desenvolveu: "*discopatia, protrusão, redução dos espaços vertebrais, escoliose, abaulamentos em L4-L5, e ombro direito apresentando tendão expressado, tendinopatia e bursite as quais implicaram na sua incapacidade parcial para o trabalho*", as quais implicaram na sua incapacidade parcial para o trabalho (ev. 1.1, p. 3 - PG).

Ocorre que, como já dito, a doença laboral, é expressamente excluída das coberturas contratadas.

4.1. Outrossim, a redução da capacidade laborativa da segurada não constitui requisito objetivo para a cobertura em análise (IFPD), esta que, como visto, garante o pagamento de indenização no caso de invalidez resultante de doença que provoque a já conceituada perda de sua existência independente e isso não foi constatado na perícia.

No particular, anoto que o Superior Tribunal de Justiça já definiu que "*não é ilegal ou abusiva a cláusula que prevê a cobertura adicional de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD) em contrato de seguro de vida em grupo, condicionando o pagamento da indenização securitária à perda da existência independente do segurado, comprovada por declaração médica (Tema 1.068).*

A propósito:

**RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ADICIONAL DE COBERTURA POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD. ENFERMIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO. INCAPACIDADE PARA A PROFISSÃO. INVALIDEZ FUNCIONAL. DEFINIÇÃO PRÓPRIA. LEGALIDADE. ATIVIDADES AUTÔNOMICAS DA VIDA DIÁRIA. DECLARAÇÃO MÉDICA. NECESSIDADE. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA INDEVIDA. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n°s 2 e 3/STJ). 2. Cinge-se a controvérsia a verificar a legalidade da cláusula que prevê a cobertura adicional de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD ou IPD-F) em contrato de seguro de vida em grupo, condicionando o pagamento da indenização securitária à perda da existência independente do segurado. 3. Na Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a garantia do pagamento da indenização é no caso de invalidez consequente de doença que cause**

*a perda da existência independente do segurado, ocorrida quando o quadro clínico incapacitante inviabilizar de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autônomicas (art. 17 da Circular SUSEP nº 302/2005). 4. Na cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), há a garantia do pagamento de indenização em caso de incapacidade profissional, permanente e total, conseqüente 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 (art. 15 da Circular SUSEP nº 302/2005). 5. **A garantia de invalidez funcional não tem nenhuma vinculação com a incapacidade profissional, podendo inclusive ser contratada como uma antecipação da cobertura básica de morte.** 6. **Embora a cobertura IFPD (invalidez funcional) seja mais restritiva que a cobertura ILPD (invalidez profissional ou laboral), não há falar em sua abusividade ou ilegalidade, tampouco em ofensa aos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, não se constatando também nenhuma vantagem exagerada da seguradora em detrimento do consumidor.** 7. Eventual aposentadoria por invalidez permanente concedida pelo INSS não confere ao segurado o direito automático de receber indenização de seguro contratado com empresa privada, sendo imprescindível a realização de perícia médica para atestar tanto a natureza e o grau da incapacidade quanto o correto enquadramento na cobertura contratada (art. 5º, parágrafo único, da Circular nº 302/2005). O órgão previdenciário oficial afere apenas a incapacidade profissional ou laborativa, que não se confunde com as incapacidades parcial, total, temporária ou funcional. 8. Tese para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: Não é ilegal ou abusiva a cláusula que prevê a cobertura adicional de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD) em contrato de seguro de vida em grupo, condicionando o pagamento da indenização securitária à perda da existência independente do segurado, comprovada por declaração médica. 9. No caso concreto, recurso especial provido. (STJ, Resp. n. 1.845.943/SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 18.10.2021) [grifei]*

**4.2 Também não se cogita equiparar a doença laboral com o conceito de acidente pessoal, com fundamento nos arts. 19 e 20 da Lei n. 8.213/91, notadamente em razão da inexistência de evento súbito externo, com data certa.**

Nesse sentido:

*Incabível a aplicação de equiparação de doença laboral a acidente de trabalho, instituto de direito previdenciário, nos termos do art. 19, caput, da Lei n. 8.213/91, em sede de resolução de controvérsia sobre a obrigação derivada de contrato de seguro de vida em grupo, uma vez que, a complexidade do sistema securitário, especialmente diante do princípio da mutualidade, não admite impor à seguradora obrigação de pagar indenização por hipótese não prevista nas coberturas delineadas no contrato em questão, até porque, como pondera o Superior Tribunal de Justiça, o contrato de seguro, em razão de suas peculiaridades, deve ser interpretado restritivamente (REsp 1177479/PR, rel. Min. Luis Felipe Salomão, rel. p/ ac. Min. Antonio Carlos Ferreira, da Quarta Turma, j. 15.5.2012, DJe 19.6.2012).*

Ainda:

*APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. PARTE AUTORA ACOMETIDA DE DOENÇA OCUPACIONAL. EXCLUSÃO EXPRESSA NA APÓLICE. INVIABILIDADE DE EQUIPARAÇÃO À ACIDENTE PESSOAL. OBSERVÂNCIA DA RESOLUÇÃO 117/2004 DO CNSP E DA CIRCULAR 302/2005 DA SUSEP. CONTRATO DE SEGURO QUE DEVE SER INTERPRETADO RESTRITIVAMENTE. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. "(...) 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. (...)" (TJSC, Apelação Cível n. 0303513-18.2015.8.24.0038, de Joinville, rel. Des. Luiz César Medeiros, Quinta Câmara de Direito Civil, j. 12-03-2019). RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJSC, Apelação Cível n. 0007938-43.2012.8.24.0079, de Videira, rel. Des. Jorge Luis Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. 27-06-2019).*

**4.3** Igualmente não prospera a assertiva da autora de que não obteve prévio acesso aos termos do contrato. Por essa lógica distorcida, poderia então a segurada exigir que a ré prestasse qualquer tipo de cobertura e sem nenhuma limitação, e isso sem que tenha, por ato próprio, buscado conhecer a extensão da cobertura contratada, que era o que realmente lhe interessava.

A alegação de vulnerabilidade do consumidor e as regras de proteção da legislação consumerista não são invocáveis aqui. O contrato de seguro aponta de forma clara os riscos excluídos da cobertura, incidindo o disposto no art. 757 do CC – *pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.*

Como visto alhures, ainda que a autora não tenha sido informada a respeito das condições gerais, os riscos estão predeterminados nas apólices firmadas entre as partes e apenas uma interpretação ampliativa poderia autorizar o acolhimento do pedido inicial, com o que não se pode concordar.

Sabidamente, a interpretação restritiva do contrato não ofende os ditames consumeristas aplicáveis na espécie, notadamente o art. 47 do CDC. O benefício da interpretação mais favorável ao consumidor naturalmente não pode servir de pretexto para, na prática, ampliar os riscos predeterminados no seguro. No mesmo sentido: TJSC, Apelação Cível n. 0018227-87.2013.8.24.0018, rel. Des. Rosane Portella Wolff, Quinta Câmara de Direito Civil, j. 21-11-2016.

Quanto ao dever de informação, aliás, a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, em decisão recente, fixou a tese de que **"na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo (estipulação própria),**

***a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados a respeito das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre***" (Tema 1.112 - REsp. 1.874.788/SC e REsp. 1.874.811/SC, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 02.03.2023).

Assim, sob qualquer ótica, inviável o acolhimento da pretensão inicial.

Em primeiro lugar, em razão da impossibilidade de se equiparar a doença da autora ao conceito de acidente pessoal. Segundo, porque não constatado quadro de invalidez que enseja a "*a perda da existência independente do segurado*".

A sentença, portanto, fica mantida.

**3.** Com o não provimento do recurso, majoram-se os honorários devidos pela apelante aos advogados das apelada em R\$ 300,00, mantida a suspensão da exigibilidade em razão da concessão da justiça gratuita.

Ante o exposto, voto no sentido de conhecer do recurso e negar-lhe provimento.

---

Documento eletrônico assinado por **HELIO DAVID VIEIRA FIGUEIRA DOS SANTOS, Desembargador**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <https://eproc2g.tjsc.jus.br/eproc/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **1564690v26** e do código CRC **354a9292**.

Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): HELIO DAVID VIEIRA FIGUEIRA DOS SANTOS

Data e Hora: 18/5/2023, às 16:20:6

---

**5010183-13.2021.8.24.0018**

**1564690.V26**