



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2487133 - SC (2019/0328318-5)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
AGRAVANTE : VALDENIR ELVICO ZANIN
ADVOGADOS : FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S) -
SC016109
MAYARA MARINA MATTANA - SC033493
AGRAVADO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572
RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
WERNER LUCAS HEBERLE - RS075882
PAULO ANTÔNIO MULLER E OUTRO(S) - SC030741
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. SEGURO EM GRUPO. COBERTURA. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE. DEVER DE INFORMAÇÃO. ESTIPULANTE. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83 DO STJ. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.
2. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83 do STJ).
3. A Segunda Seção desta Corte, ao apreciar o Tema n. 1.068/STJ, sob o rito dos recursos repetitivos, firmou a tese de 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” (REsp n. 1.867.199/SP, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021).

4. “A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, diante da necessidade de interpretação restritiva das cláusulas do seguro, é inviável a equiparação entre doença profissional e acidente de trabalho, para recebimento de indenização securitária, notadamente quando há exclusão de cobertura da invalidez parcial por doença laboral” (AgInt no AREsp n. 1.903.050/DF, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 15/5/2023, DJe de 22/5/2023).

5. Conforme tese firmada no julgamento do Tema n. 1.112/STJ, “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 segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre” (REsp n. 1.874.811/SC, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023).

6. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem interpretação de cláusulas contratuais e revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

7. O conhecimento do recurso pela alínea “c” do permissivo constitucional exige a demonstração da divergência, mediante o cotejo analítico do acórdão recorrido e dos arestos paradigmas, de modo a se verificarem as circunstâncias que assemelhem ou identifiquem os casos confrontados (arts. 255, § 1º, do RISTJ e 1.029, § 1º, do CPC/2015), ônus do qual a parte recorrente não se desincumbiu.

8. Agravo interno a que se nega provimento.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 20/02/2024 a 26/02/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos

termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 26 de fevereiro de 2024.

Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2487133 - SC (2019/0328318-5)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
AGRAVANTE : VALDENIR ELVICO ZANIN
ADVOGADOS : FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S) -
SC016109
MAYARA MARINA MATTANA - SC033493
AGRAVADO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA
ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572
RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
WERNER LUCAS HEBERLE - RS075882
PAULO ANTÔNIO MULLER E OUTRO(S) - SC030741
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. SEGURO EM GRUPO. COBERTURA. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE. DEVER DE INFORMAÇÃO. ESTIPULANTE. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83 DO STJ. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.
2. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83 do STJ).
3. A Segunda Seção desta Corte, ao apreciar o Tema n. 1.068/STJ, sob o rito dos recursos repetitivos, firmou a tese de 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” (REsp n. 1.867.199/SP, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021).

4. “A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, diante da necessidade de interpretação restritiva das cláusulas do seguro, é inviável a equiparação entre doença profissional e acidente de trabalho, para recebimento de indenização securitária, notadamente quando há exclusão de cobertura da invalidez parcial por doença laboral” (AgInt no AREsp n. 1.903.050/DF, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 15/5/2023, DJe de 22/5/2023).

5. Conforme tese firmada no julgamento do Tema n. 1.112/STJ, “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 segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre” (REsp n. 1.874.811/SC, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023).

6. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem interpretação de cláusulas contratuais e revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

7. O conhecimento do recurso pela alínea "c" do permissivo constitucional exige a demonstração da divergência, mediante o cotejo analítico do acórdão recorrido e dos arestos paradigmas, de modo a se verificarem as circunstâncias que assemelhem ou identifiquem os casos confrontados (arts. 255, § 1º, do RISTJ e 1.029, § 1º, do CPC/2015), ônus do qual a parte recorrente não se desincumbiu.

8. Agravo interno a que se nega provimento.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno (e-STJ fls. 849/867) interposto contra decisão desta relatoria, que negou provimento ao agravo em recurso especial (e-STJ fls.

Em suas razões, a parte alega que:

(i) “a decisão de origem entende que doença ocupacional não foi contratada, ou seja, cláusula não prevista (risco excluído), porém a tese autoral é de que os microtraumas sofridos pelo trabalhador são equiparados a acidente para fins securitários, portanto, previsto e incluso na cobertura IPA e que a decisão de origem negou vigência aos artigos 19, 20, I, II, 21 I, da Lei 8.213/91 e a análise da tese autoral não demanda reexame de fatos e provas ou impede sua apreciação , pois não há posicionamento dominante do tema para aplicação da Sumula 83 do STJ” (e-STJ fl. 852);

(ii) “a limitação ou restrição quanto a equiparar doença ocupacional a acidente para fins securitários (riscos excluídos), conforme constou no entendimento do Tribunal Local viola a norma, pois tal limitação é considerada abusiva e, portanto, nula, nos termos dos arts. 6º, III 46, 47 e 51, I, IV do Código de Defesa do Consumidor” (e-STJ fl. 859);

(iii) “a decisão violou igualmente os artigos 46 e 47 do CDC, pois as cláusulas não foram interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor e mesmo sem quaisquer comprovação de que o segurado tomou conhecimento das condições do contrato, o Tribunal Local negou direito a indenização, por entender que o dever de informar o segurado é da estipulante e que doença ocupacional é risco excluído, não sendo possível equipará-lo a acidente” (e-STJ fl. 861);

(iv) “o fato do Tema 1112 do STJ firmar a tese de que pertence a estipulante o dever de informar o segurado não afasta a responsabilidade da seguradora por força do art. 14 do CDC. Veja que se a estipulante falhou em seu dever, por força do artigo 14 do CDC, o fornecedor (seguradora), independentemente da existência de culpa, responde igualmente, pois o fato de atribuir a informação para a estipulante, não retira a responsabilidade da seguradora” (e-STJ fl. 863).

Ao final, pede a reconsideração da decisão monocrática ou a apreciação do agravo pelo Colegiado.

A parte agravada apresentou impugnação às fls. 872/876 (e-STJ).

É o relatório.

VOTO

A insurgência não merece acolhida.

A parte não trouxe nenhum argumento capaz de afastar os termos da decisão agravada, motivo pelo qual deve ser mantida por seus próprios fundamentos (e-STJ fls. 838/846):

Trata-se de agravo nos próprios autos interposto contra decisão publicada na vigência do CPC/2015, que inadmitiu o recurso especial em razão da ausência de afronta ao art. 1.022 do CPC/2015, por incidência das Súmulas n. 284 do STF e 7 e 83 do STJ, bem como por aplicação do Tema n. 1.112/STJ (e-STJ fls. 758/761).

O acórdão recorrido encontra-se assim ementado (e-STJ fls. 420/423):

DIREITO CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. AÇÃO DE COBRANÇA. PRETENSÃO DEDUZIDA PELO SEGURADO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA LABORAL. "TENDINOPATIA E OSTEOARTROSE DE OMBRO ESQUERDO". SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA PROLATADA NA ORIGEM. AGRAVO RETIDO. INSATISFAÇÃO DA SOCIEDADE - DEMANDADA COM DECISÃO PROFERIDA NO CURSO DA ACTIO. AUSÊNCIA DE RATIFICAÇÃO POR OCASIÃO DAS CONTRARRAZÕES. NÃO CONHECIMENTO. APELAÇÃO. IRRESIGNAÇÃO DO SEGURADO - DEMANDANTE. QUESTÕES PROCESSUAIS. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA. INSUFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO DA DECISÃO JUDICIAL (NCPC/15, ART. 489, I). INOCORRÊNCIA DA EIVA. DESNECESSIDADE DE MANIFESTAÇÃO QUANTO A PONTOS IRRELEVANTES PARA O DESLINDE DA QUAESTIO. PREFACIAL DE NULIDADE DO DECISUM POR INOBSERVÂNCIA DE JURISPRUDÊNCIA SEDIMENTADA NO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (NCPC/15, ART. 489, VI). MATÉRIA QUE NÃO SE MOSTRA PACIFICADA. PRECEDENTES DESTA CORTE DE JUSTIÇA E TAMBÉM DAQUELE TRIBUNAL DE SUPERPOSIÇÃO. TEMÁTICA CENTRAL DA DISCUSSÃO DE MÉRITO. VÍCIO INEXISTENTE. PREFACIAL REJEITADA. MÉRITO. ALEGAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE COBERTURA. ARGUMENTAÇÃO INACOLHIDA. INOCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO PATENTEADA NA PROVA TÉCNICA PRODUZIDA NO CURSO DA INSTRUÇÃO. SEQUELAS DERIVADAS DE DOENÇA LABORAL. GARANTIA EXPRESSAMENTE EXCLUÍDA NO CONTRATO. EQUIPARAÇÃO DA MOLÉSTIA CAUSADORA DA INCAPACIDADE A ACIDENTE DE TRABALHO. INVIABILIDADE. PREVISÃO CONTIDA NO ART. 19, CAPUT, DA LEI N. 8.213/91 RELATIVA ÀS LIDES PREVIDENCIÁRIAS QUE NÃO SE APLICA ÀS RELAÇÕES DE DIREITO PRIVADO. LIBERDADE DE CONTRATAR. COMPLEXIDADE DO SISTEMA SECURITÁRIO. MUTUALIDADE. INVIABILIDADE DE INTERPRETAÇÃO AMPLIATIVA DAS COBERTURAS CONTRATADAS. DOENÇA APONTADA NA PETIÇÃO INICIAL E NA PROVA PERICIAL QUE POR GERAR INCAPACIDADE PARCIAL IGUALMENTE NÃO SE AJUSTA À COBERTURA POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA. INVOCAÇÃO DA INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR, NOS MOLDES DOS ARTS. 47 E 51, AMBOS DA LEI N. 8.078/90. INEXISTÊNCIA DE ABUSIVIDADE. NÃO RECONHECIMENTO DA NULIDADE DE PLENO DIREITO DAS CLÁUSULAS ATACADAS. PRECEITOS QUE NÃO POSSUEM O CONDÃO DE CRIAR OU AMPLIAR COBERTURAS, NOTADAMENTE QUANDO INEXISTE DÚVIDA ACERCA DA AUSÊNCIA DO DIREITO RECLAMADO. PACTO DE NATUREZA EMINENTEMENTE CIVIL QUE NÃO SE CONFUNDE COM AMPARO DE ÍNDOLE

PREVIDENCIÁRIA. INVIABILIDADE NAS RELAÇÕES DE CUNHO SECURITÁRIO. PRECEDENTES. VIOLAÇÃO DO DEVER DE TRANSPARÊNCIA E DE INFORMAÇÃO. INOCORRÊNCIA. CIENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO VIA ESTIPULANTE DE ACORDO COM AS NORMAS DE REGÊNCIA. EQUIPARAÇÃO DA ESTIPULANTE AO PRÓPRIO SEGURADO. ATUAÇÃO QUE EQUIVALE A MANDATÁRIO DO INTERESSADO. OBRIGAÇÃO DE COMUNICAÇÃO DOS EVENTOS DA CONTRATUALIDADE CUMPRIDA. SENTENÇA CONFIRMADA. PREQUESTIONAMENTO. DESNECESSIDADE DE O JULGADOR SE MANIFESTAR SOBRE TODOS OS DISPOSITIVOS APONTADOS PELAS PARTES QUANDO NÃO SE MOSTRAREM RELEVANTES PARA O DESLINDE DA CONTROVÉRSIA. DISPOSITIVOS, ADEMAIS, ANALISADOS DIRETAMENTE OU POR VIA TRANSVERSA NO CONTEXTO DOS AUTOS. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. Não contratando a estipulante com a seguradora determinadas coberturas em favor de seus funcionários, que por tal motivo também não efetuaram o pagamento dos respectivos prêmios proporcionalmente acrescidos, não se há falar em obrigação de pagamento de indenização não prevista na avença. As regras sediadas no Código de Proteção e de Defesa do Consumidor, que impõem a interpretação favorável ao hipossuficiente, não têm o alcance de estender o rol de coberturas estipulado no contrato de seguro coletivo, que prevê estar apenas assegurada, além da incapacidade derivada de acidente, a invalidez funcional permanente total por doença, especialmente quando não há margem para dúvida razoável de que as moléstias desencadeadas não estão contratualmente protegidas. Incabível a aplicação de equiparação de doença psiquiátrica 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, Quarta Turma, j. 15.5.2012, DJe 19.6.2012). O Tribunal da Cidadania preconiza que a cobertura relativa à invalidez total e permanente por doença representa verdadeira "antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica, ou seja, para o caso de morte" (STJ, REsp. n. 1178616/PR, rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, j. 14.4.2015, DJe 24.4.2015). Não se pode olvidar que o Superior Tribunal de Justiça, em hipóteses deste jaez, vem proclamando que a chamada invalidez funcional não se trata de incapacidade profissional, pois tal cobertura (IFPD) é mais restritiva que a laboral (ILPD), sem que isso represente qualquer abusividade (STJ, REsp. n. 1449513/SP, rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, j. 5.3.2015, DJe 19.3.2015). O complexo sistema securitário, edificado sobre o pilar da mutualidade, não permite a ampliação, por meio de mera interpretação favorável ao hipossuficiente, nos termos da Lei n. 8.078/90, das coberturas contratadas, sob pena de se admitir perniciosa desarmonia em sua estruturação.

Os embargos de declaração foram rejeitados (e-STJ fls. 489/502).

Nas razões do recurso especial (e-STJ fls. 504/585), interposto com fundamento no art. 105, III, "a" e "c", da CF, a parte alegou, além de dissídio jurisprudencial, violação dos seguintes dispositivos legais:

(i) arts. 489, VI, e 1.022, I, do CPC/2015, pois “a decisão deixou de se manifestar sobre tese firmada pelo STJ quanto ao dever de informação” (e-STJ fl. 512), “uma vez que não foi superado o entendimento do STJ, tanto quanto equiparar doença profissional a acidente para fins securitário, quanto que a seguradora deve sempre esclarecer previamente o consumidor e o estipulante (seguro em grupo) sobre os produtos que oferece e existem no mercado” (e-STJ fl. 516). Apontou ainda que “o acórdão citou algumas das Resoluções, mas somente na parte que atribui à estipulante o dever de informação e quando, em sede de embargos, foi instado a se manifestar sobre o dever de informação se limitou a falar apenas do artigo 97 e nada falou quanto ao fato de que o Código de Defesa do Consumidor é norma que deve prevalecer sobre resoluções e circulares” (e-STJ fls. 523/524);

(ii) arts. 2º, 3º, 4º, 6º, 14, 39, 46, 47, 51 e 54 do CDC, porque “desprezou o fato de que não houve informação prévia ao segurado quanto às condições da apólice e em decorrência que uma vez ausente a informação prévia a doença ocupacional não teria cobertura porque não poderia se equiparar esta a acidente pessoal; desprezou qualquer equiparação de doença ocupacional com acidente e seu enquadramento na cobertura IPA quando não houve ciência prévia dessa exclusão, sem demonstrar a superação deste entendimento pelo STJ; desprezou o direito ao dever de informação prévio e considerou válidas cláusulas abusivas; não observou que não houve ciência prévia (termo de adesão) tanto do consumidor quanto estipulante” (e-STJ fl. 532);

(iii) arts. 757, 760 e 801 do CC/2002 e 7º do CDC, “já que entendeu o acórdão que o dever de informação não é do fornecedor para consumidor final, mas sim que o dever de informação caberia ao intermediário” (e-STJ fl. 546);

(iv) arts. 19, 20 e 21 da Lei n. 8.213/1991, 166 do CC/2002, 54, I, II e III, 58, § 1º, 60, 63 e 64 da Resolução n. 117/2004 do CNSP, 97 da Circular n. 302/2005 da SUSEP e 21 do Decreto n. 73/1966, “uma vez que o conceito de acidente de trabalho equipara a doença profissional com o acidente” (e-STJ fl. 560).

Nesses termos, requereu o provimento do recurso, para que “declare nulo o acórdão (...); não havendo juízo de retratação e nem nulidade do acórdão, (...), para o fim de desconstituir a decisão atacada, e determine o retorno dos autos ao Tribunal de origem para seus devido processamento e instrução ou se entender que há possibilidade de julgamento de mérito que assim o faça” (e-STJ fl. 585).

Consta às fls. 747/749 (e-STJ), decisão desta relatoria determinando a devolução dos autos ao TJSC, com a devida baixa nesta Corte, para que, depois de publicado o acórdão paradigma, fosse observada a sistemática prevista nos arts. 1.040 e 1.041 do CPC/2015, o que ocorreu.

No agravo (e-STJ fls. 768/805), afirma a presença dos requisitos de admissibilidade do especial.

Contraminuta apresentada às fls. 808/817 (e-STJ).

É o relatório.

Decido.

Inexiste afronta aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 quando o acórdão recorrido pronuncia-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

De fato, em relação às teses, o Tribunal de origem assim se manifestou:

Nessa esteira, infere-se que a sentença recorrida deve ser mantida na medida em que a seguradora apelada não está obrigada

contratualmente a suportar imposição de indenização decorrente de moléstia parcialmente incapacitante do segurado não resultante de acidente de trabalho. Assim, a toda evidência, o caso retratado nos autos não está abrangido pelas coberturas previstas na avença em debate que se limita à incapacidade laboral permanente decorrente de acidente (parcial ou total) ou de doença (total), caracterizada como antecipação especial por doença (moléstia que inviabilize a existência independente do segurado). Vale destacar que tais estipulações não se mostram abusivas, pois decorrem da liberdade de contratar, inerente ao sistema pátrio, já que insofismavelmente a estipulante não contratou com a companhia seguradora e assim não ofereceu aos seus funcionários a cobertura pretendida pelo demandante - em contrapartida também não descontou de seus contracheques prêmios proporcionalmente acrescidos -, lembrando-se ser essa espécie de contratação, na sua essência, eminentemente civil e não de caráter previdenciário. Assim, obviamente que, não estando o segurado - demandante nas situações descritas no pacto firmado entre a seguradora e a estipulante, não faz jus à indenização perseguida, uma vez que não se há falar em interpretação favorável ao consumidor (CDC, art. 47) quando não há qualquer margem para dúvida razoável no que tange à não cobertura. Ademais, vale repisar a presunção relativa que reveste a prova técnica, que somente pode ser ignorada quando existentes elementos fidedignos apontando em sentido contrário, circunstância que, a toda evidência, não se coaduna com a realidade dos autos, pois para tanto não se prestam, tão somente, os documentos acostados ao processado pelo demandante (fls. 12-26). Nesse contexto, também não tem relevância para a solução da lide os demais princípios da lei consumerista de regência dessas relações, principalmente o costumeiramente invocado princípio da boa-fé ou da pretensa prevalência das cláusulas negociadas sobre aquelas consideradas de adesão (CDC, art. 51), pois a cobertura antes delineada foi a opção contratada pela empregadora/estipulante que de forma clara privilegiou a possibilidade de compensação do obreiro em caso, tão somente, de eventual constatação de incapacidade permanente decorrente de acidente, de sorte que não se mostra razoável impingir à seguradora obrigação pela qual não recebeu contraprestação, até porque, nesse cenário, extrapolaria a garantia "contra riscos predeterminados"(CC/2002, art. 757, *caput*). Tampouco socorre a parte recorrente, nesse mesmo diapasão, a alegação de que deve, em casos tais, ser considerada a intenção dos contratantes (CC/1916, art. 85), pois se mostra evidente que a pretensão da estipulante, em ambos os casos, foi de delimitar o campo de cobertura para as moléstias perenemente incapacitantes - em um caso voltado ao acidente típico e outro relativo em caso da perda da existência autonômica - dos empregados que, por sua vez, contribuíram com o pagamento de prêmios proporcionais aos possíveis ressarcimentos em caso de infortúnio. Em tal cenário, como visto, a perícia técnica assegura não derivar a aventada incapacidade de um acidente típico, mas decorrer de "tendinopatia e osteoartrose de ombro esquerdo" que conduziu o segurado à redução parcial de sua capacidade funcional (fl. 252). Nessa toada, também impende esmiuçar não caber a pretendida transmutação de uma clara manifestação insidiosa de doença laboral, naquela hipótese relativa a incidente externo, súbito, involuntário e violento causador de lesão física, independente de qualquer outra causa e que tenha por consequência direta a invalidez permanente, circunstâncias caracterizadoras do acidente. No ponto, aliás, relevante destacar que a avença expressamente adverte não estarem abrangidas no conceito de "acidente pessoal", "as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas", assim também "as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos" além do que

claramente as exclui da cobertura, conforme se depreende dos itens 4.1.1. e 4.1.1.2, 'a', todos das condições gerais acostadas ao processado (fls. 87-133). Tampouco socorre a apelante, nesse contexto, invocar a aplicação dos arts. 19 e 20 da Lei n. 8.213/91, de sorte a justificar a pretensão de equiparação da doença diagnosticado ao acidente de trabalho típico. (...). Vale ainda ressaltar, no tocante à suposta violação dos deveres de informação e de transparência, como bem frisou o julgador monocrático, que a estipulante assume a postura de gestora do contrato ou mandatária, de sorte que sendo comunicada dos lances da contratualidade deverá dar ciência aos componentes do grupo segurado, conforme dispõem as normas que regulamentam o tema, principalmente o art. 21, § 2º, do Decreto -Lei n. 73/66 e art. 3º, III, da Resolução-CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) n. 107/04. (...). Portanto, descabido igualmente cogitar de violação dos deveres de informação ou de transparência ou qualquer outra afronta à legislação consumerista, razão pela qual, inexistindo cobertura para o evento noticiado à guisa de causa de pedir, a sentença que rejeitou o pedido deve ser mantida (e-STJ fls. 437/446).

Por conseguinte, não assiste razão à parte, visto que o Tribunal *a quo* decidiu a matéria controvertida nos autos, ainda que contrariamente a seus interesses, não incorrendo em nenhum dos vícios previstos nos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015.

O entendimento adotado pelo acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência do STJ. A Segunda Seção desta Corte, ao apreciar o Tema n 1.068/STJ, sob o rito dos recursos repetitivos, firmou a tese de 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”. Confira-se na ementa do julgado:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ADICIONAL DE COBERTURA POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD. ARTROSE DEGENERATIVA. INCAPACIDADE PARA A PROFISSÃO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. INSS. INSUFICIÊNCIA. INVALIDEZ FUNCIONAL. DEFINIÇÃO PRÓPRIA. LEGALIDADE. ATIVIDADES AUTONÔMICAS 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 nºs 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 autonômicas (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, consequente 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. A 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. (REsp n. 1.867.199/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021.)

No mesmo sentido:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO EM GRUPO. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - IPA. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE. PRECEDENTE. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD). NECESSIDADE DE PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE. VALIDADE. TEMA N. 1.068/STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO. ÔNUS DA ESTIPULANTE. TEMA N. 1.112/STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. Recurso oriundo de ação de cobrança em que o segurado busca cobertura de invalidez de causa laboral. 2. Conforme constou no acórdão recorrido, a apólice de seguro previa cobertura para Invalidez Permanente por Acidente - IPA, havendo exclusão expressa de cobertura para "doenças profissionais", também cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), condicionada à perda da existência independente do segurado. 3. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, cláusula que exclui as "doenças profissionais" do conceito de acidente pessoal é válida, sendo descabido, nessa hipótese, equiparar os microtraumas repetitivos decorrentes da atividade laboral a um acidente pessoal, para fins de cobertura securitária. 4. Segundo entendimento consolidado pelo rito dos recursos repetitivos, "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 n. 1.068/STJ). 5. Conforme tese firmada no julgamento do Tema n. 1.112/STJ, "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". 6. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 1.782.278/SC, de minha relatoria, Quarta Turma, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. POSSIBILIDADE DE PREVISÃO CONTRATUAL DE COBERTURA SECURITÁRIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD). TESE FIRMADA EM RECURSO REPETITIVO. TEMA 1.068/STJ. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL COM ACIDENTE DE TRABALHO. PRECEDENTES. ACÓRDÃO RECORRIDO EM DESACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Conforme tese firmada pela Segunda Seção, no julgamento do Tema 1.068 sob o rito dos Recursos Repetitivos, "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" (REsp 1.845.943/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, DJe de 18/10/2021). 2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, diante da necessidade de interpretação restritiva das cláusulas do seguro, é inviável a equiparação entre doença profissional e acidente de trabalho, para recebimento de indenização securitária, notadamente quando há exclusão de cobertura da invalidez parcial por doença laboral. Precedentes. Acórdão recorrido em desacordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça. Decisão de provimento do recurso especial confirmada. 3. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.903.050/DF, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 15/5/2023, DJe de 22/5/2023.)

Por sua vez, no julgamento do Tema n. 1.112, a Segunda Seção do STJ definiu 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 segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre" (REsp n. 1.874.811/SC, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023).

Desse modo, "a Quarta Turma do STJ, em recente julgamento do Recurso Especial n. 1.850.961/SC, de Relatoria da Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, por maioria, firmou entendimento de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, o dever de prestar informações ao segurado é da estipulante, e não da seguradora" (AgInt no REsp n. 1.919.553/SC, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 19/6/2023, DJe de 23/6/2023). A propósito:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SUSPENSÃO DO PROCESSO. DESCABIMENTO. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. RESTRIÇÕES. DEVER DE INFORMAR. ESTIPULANTE. ACÓRDÃO EMBARGADO NO MESMO SENTIDO DA JURISPRUDÊNCIA ATUAL DO STJ. SÚMULA 168/STJ. 1. O Tema 1112 já foi julgado por esta Corte, tendo sido o respectivo acórdão publicado no dia 10/03/2023. Conforme a jurisprudência do STJ, não é necessário aguardar o trânsito em julgado para a aplicação do paradigma firmado em recurso repetitivo ou com repercussão geral. Precedentes. 2. Incumbe à estipulante a obrigação de prestar informações ao segurado (consumidor) sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo, constituindo-se esse dever em pressuposto lógico da aceitação da proposta de adesão pelo interessado. Precedentes e Tema 1112 do STJ. 3. Acórdão embargado no mesmo

sentido da jurisprudência da Corte. 4. Agravo interno não provido. (AglInt nos EREsp n. 1.845.228/SC, Relatora Ministra Nancy Andrighi, Segunda Seção, julgado em 2/5/2023, DJe de 4/5/2023.)

Portanto, havendo posicionamento dominante acerca de tais temas, aplica-se a Súmula n. 83 do STJ.

Convém mencionar que “o recurso especial é via inadequada para análise de violação de portarias, circulares, resoluções, instruções normativas, regulamentos, decretos, avisos e outras disposições administrativas por não estarem inseridas no conceito de lei federal previsto no art. 105, II, 'a', da Constituição Federal” (AglInt no AREsp n. 1.992.731/MG, Relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022).

Ademais, a Corte estadual julgou a lide com respaldo em ampla análise contratual, cujo reexame é vedado em âmbito de recurso especial, ante o óbice da Súmula n. 5 do STJ.

Além disso, modificar a conclusão do acórdão impugnado, quanto ao cumprimento do dever de informação e à exclusão da cobertura securitária, demandaria reexame do conjunto fático-probatório dos autos, providência não admitida no âmbito desta Corte, a teor da Súmula n. 7/STJ.

Com efeito, “a incidência das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça 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 o Tribunal de origem deu solução à causa” (AglInt no AREsp n. 1.232.064/SP, Relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 4/12/2018, DJe de 7/12/2018).

Por derradeiro, cumpre destacar que, para o conhecimento do recurso especial com base na alínea “c” do permissivo constitucional, seria indispensável demonstrar, por meio de cotejo analítico, que as soluções encontradas, tanto na decisão recorrida quanto nos paradigmas, tiveram por base as mesmas premissas fáticas e jurídicas, existindo entre elas similitude de circunstâncias. Contudo, a parte recorrente não se desobrigou desse ônus, nos termos do art. 1.029, § 1º, do CPC/2015.

Ante o exposto, NEGÓ PROVIMENTO ao agravo.

Na forma do art. 85, § 11, do CPC/2015, MAJORO os honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) do valor arbitrado, observando-se os limites dos §§ 2º e 3º do referido dispositivo e a gratuidade da justiça.

Publique-se e intemem-se.

Conforme constou da decisão ora agravada, a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo. Dessa forma, não há falar em violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015.

O Tribunal de origem, soberano na análise dos fatos e das provas nos autos, assentou que “o caso retratado nos autos não está abrangido pelas coberturas previstas na avença em debate que se limita à incapacidade laboral permanente decorrente de acidente (parcial ou total) ou de doença (total)” (e-STJ fl. 438).

O acórdão recorrido ainda destacou que “a avença expressamente adverte não estarem abrangidas no conceito de ‘acidente pessoal’, ‘as doenças, incluídas as

profissionais, quaisquer que sejam suas causas', assim também 'as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos' além do que claramente as exclui da cobertura" (e-STJ fls. 439/440).

Inafastável a Súmula n. 83/STJ, porquanto, em consonância com a jurisprudência do STJ, "não se mostra razoável adotar a orientação do STJ, de que os microtraumas sofridos por operário por esforços repetitivos no ambiente de trabalho incluem-se no conceito de acidente pessoal definido no contrato de seguro, quando houver cláusula contratual excluindo expressamente tal possibilidade e prevendo cobertura específica para invalidez decorrente de doença" (AgInt no AREsp n. 2.071.619/SC, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 4/9/2023, DJe de 12/9/2023).

No mesmo sentido:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO EM GRUPO. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - IPA. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE. PRECEDENTE. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD). NECESSIDADE DE PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE. VALIDADE. TEMA N. 1.068/STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO. ÔNUS DA ESTIPULANTE. TEMA N. 1.112/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Recurso oriundo de ação de cobrança em que o segurado busca cobertura de invalidez de causa laboral.

2. Conforme constou no acórdão recorrido, a apólice de seguro previa cobertura para Invalidez Permanente por Acidente - IPA, havendo exclusão expressa de cobertura para "doenças profissionais", também cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), condicionada à perda da existência independente do segurado.

3. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, cláusula que exclui as "doenças profissionais" do conceito de acidente pessoal é válida, sendo descabido, nessa hipótese, equiparar os microtraumas repetitivos decorrentes da atividade laboral a um acidente pessoal, para fins de cobertura securitária.

4. Segundo entendimento consolidado pelo rito dos recursos repetitivos, "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 n. 1.068/STJ).

5. Conforme tese firmada no julgamento do Tema n. 1.112/STJ, "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".

6. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 1.782.278/SC, de minha relatoria, Quarta Turma, julgado em 14/8/2023, DJe

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. COBERTURA. CLÁUSULA RESTRITIVA. DEVER DA ESTIPULANTE DE BEM INFORMAR OS SEGURADOS.

1. Incumbe à estipulante a obrigação de prestar informações ao segurado (consumidor) sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo, constituindo-se esse dever em pressuposto lógico da aceitação da proposta de adesão pelo interessado. Inteligência do artigo 3º, inciso III, da Resolução CNSP 107/2004.

2. De outro lado, a seguradora "tem o dever de informar ao estipulante as bases gerais do contrato a ser celebrado - valores do prêmio e das indenizações, número mínimo de segurados que deverão aderir à apólice, riscos cobertos, extensão, conteúdo e exclusões, bem assim outras informações pertinentes - a fim de que, após celebrada a avença mestre, sejam tais elementos submetidos previamente pelo estipulante às pessoas interessadas em aderir à apólice, bem como, formado o grupo segurado, para comunicar aos aderentes a ocorrência de eventual inadimplência pelo estipulante, conforme estabelece o artigo 8º da Resolução CNSP 107/2004" (REsp 1.850.961/SC, Relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 15.6.2021, publicado no DJe 31.8.2021).

3. Malgrado a jurisprudência desta Corte preconize que os microtraumas sofridos pelo trabalhador - quando exposto a esforços repetitivos no ambiente laboral - incluem-se no conceito de "acidente pessoal" definido no contrato de seguro, verifica-se que, na hipótese, as incapacidades derivadas de "doença profissional" (como a que acomete a autora) foram expressamente excluídas da cobertura por "Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente" (IPA).

4. Assim, não se mostra recomendável eventual interpretação elastecida do risco assumido - no qual se baseia o cálculo do prêmio -, notadamente quando não vislumbrada quebra do dever de boa-fé contratual nem deficiência informacional na relação havida entre estipulante e seguradora.

5. Outrossim, não comporta acolhida a insurgência autoral que contraria a orientação desta Corte no sentido de não ser abusiva "a cobertura securitária de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) condicionada à constatação de incapacidade decorrente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, vale dizer, a irreversível inviabilidade do pleno exercício de suas relações autonômicas (artigo 17 da Circular SUSEP 302/2005)" (REsp 1.449.513/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 05.03.2015, DJe de 19.03.2015).

6. Agravo interno da seguradora provido para negar provimento ao recurso especial da segurada.

(AgInt no REsp n. 1.844.362/SC, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 19/10/2021, DJe de 14/12/2021.)

Ademais, cabe ressaltar que este Tribunal Superior compreende que "é legítima a negativa da seguradora à cobertura na hipótese de exclusão ou limitação expressa de cobertura, porquanto as cláusulas do contrato de seguro devem ter interpretação restritiva" (AgInt no AREsp n. 2.104.851/SC, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 2/10/2023, DJe de 5/10/2023).

O posicionamento adotado pelo TJSC também está de acordo com o que foi decidido pela Segunda Seção desta Corte, no julgamento do Tema n. 1.112, sob o rito dos recursos repetitivos, 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 segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre” (REsp n. 1.874.811/SC, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023). A esse respeito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECONSIDERAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DEVER DE INFORMAÇÃO. RESPONSABILIDADE DA ESTIPULANTE. DOENÇA OCUPACIONAL. EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE DE TRABALHO. POSSIBILIDADE. SÚ MULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO PROVIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. A Quarta Turma do STJ, em recente julgamento do Recurso Especial n. 1.850.961/SC, de Relatoria da Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, por maioria, firmou entendimento de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, o dever de prestar informações ao segurado é da estipulante, e não da seguradora. Ressalva do entendimento pessoal desde relator.

2. Embora a jurisprudência do STJ entenda que "os microtraumas sofridos pelo operário, quando exposto a esforços repetitivos no ambiente de trabalho, incluem-se no conceito de acidente pessoal definido no contrato de seguro" (AgInt no AREsp 1.565.950/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 20/04/2020, DJe de 24/04/2020), não se mostra razoável adotar tal interpretação quando existentes cláusulas contratuais excluindo expressamente essa possibilidade e prevendo cobertura específica para invalidez decorrente de doença.

3. Agravo interno provido para reconsiderar a decisão agravada e, em novo exame, dar provimento ao recurso especial.

(AgInt no REsp n. 1.887.133/SC, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 13/12/2021, DJe de 17/12/2021.)

Desse modo, rever as conclusões do acórdão impugnado, quanto à invalidez parcial e à exclusão da cobertura securitária, bem como acerca do cumprimento do dever de informação, demandaria reavaliação do contrato e incursão no campo fático-probatório, providências vedadas na via especial, a teor das Súmulas n. 5 e 7 do STJ, que igualmente impedem a análise do dissídio jurisprudencial.

Por fim, segundo asseverou a decisão agravada, o conhecimento do recurso especial interposto com fundamento na alínea "c" do permissivo constitucional exige a demonstração do dissídio, mediante verificação das circunstâncias que assemelhem ou identifiquem os casos confrontados e realização de cotejo analítico entre elas, nos termos definidos pelos arts. 255, §§ 1º e 2º, do RISTJ e 1.029, § 1º, do CPC/2015, ônus

do qual a parte agravante não se desincumbiu.

Assim, não prosperam as alegações constantes no recurso, incapazes de alterar os fundamentos da decisão impugnada.

Diante do exposto, NEGO PROVIMENTO ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no AREsp 2.487.133 / SC

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2019/0328318-5

Número de Origem:

03032455820148240018 0303245582014824001850001 3032455820148240018 303245582014824001850001

Sessão Virtual de 20/02/2024 a 26/02/2024

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : VALDENIR ELVICO ZANIN

ADVOGADOS : FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S) - SC016109
MAYARA MARINA MATTANA - SC033493

AGRAVADO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA

ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572
RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
WERNER LUCAS HEBERLE - RS075882
PAULO ANTÔNIO MULLER E OUTRO(S) - SC030741
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589

ASSUNTO : DIREITO CIVIL - OBRIGAÇÕES - ESPÉCIES DE CONTRATOS - SEGURO

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : VALDENIR ELVICO ZANIN

ADVOGADOS : FABIANA ROBERTA MATTANA CAVALLI E OUTRO(S) - SC016109
MAYARA MARINA MATTANA - SC033493

AGRAVADO : METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDENCIA PRIVADA SA

ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449
MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572
RAQUEL SOBOLESKI CAVALHEIRO - RS047580
WERNER LUCAS HEBERLE - RS075882

PAULO ANTÔNIO MULLER E OUTRO(S) - SC030741

MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - SC030589

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 20/02/2024 a 26/02/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 27 de fevereiro de 2024