



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2130120 - MS (2021/0314397-9)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : ANTONIO MARCOS DO NASCIMENTO
ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MS009979
AGRAVADO : MAPFRE VIDA S/A
ADVOGADOS : ALLINNE RIZZIE COELHO OLIVEIRA GARCIA - DF024367
JACÓ CARLOS SILVA COELHO - MS015155A
CLAUDINÉIA SANTOS PEREIRA - MS022074A
INTERES. : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. VALIDADE DA CONDIÇÃO DE PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO. TEMA 1.068 DOS RECURSOS REPETITIVOS. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD). DOENÇA OCUPACIONAL. ACIDENTE DE TRABALHO. NÃO ENQUADRAMENTO. DIVERGÊNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Conforme tese firmada pela Segunda Seção no Tema 1.068 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, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021).

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, "*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*" (AgInt no AREsp 1.782.278/SC, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023).

3. Na hipótese, o entendimento adotado no acórdão recorrido está dissonante da jurisprudência assente desta Corte Superior. Recurso especial interposto pela parte ora agravada provido.

4. Agravo interno desprovido.

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

28/05/2024 a 03/06/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 03 de junho de 2024.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2130120 - MS (2021/0314397-9)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : ANTONIO MARCOS DO NASCIMENTO
ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MS009979
AGRAVADO : MAPFRE VIDA S/A
ADVOGADOS : ALLINNE RIZZIE COELHO OLIVEIRA GARCIA - DF024367
JACÓ CARLOS SILVA COELHO - MS015155A
CLAUDINÉIA SANTOS PEREIRA - MS022074A
INTERES. : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. VALIDADE DA CONDIÇÃO DE PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO. TEMA 1.068 DOS RECURSOS REPETITIVOS. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD). DOENÇA OCUPACIONAL. ACIDENTE DE TRABALHO. NÃO ENQUADRAMENTO. DIVERGÊNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Conforme tese firmada pela Segunda Seção no Tema 1.068 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, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021).

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, "*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*" (AgInt no AREsp 1.782.278/SC, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023).

3. Na hipótese, o entendimento adotado no acórdão recorrido está dissonante da jurisprudência assente desta Corte Superior. Recurso especial interposto pela parte ora agravada provido.

4. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por ANTÔNIO MARCOS DO NASCIMENTO

contra decisão monocrática desta relatoria (e-STJ, fls. 1.272-1.277), que conheceu em parte do recurso especial manejado pela parte ora agravada (Mapfre Vida S.A.) e, nessa extensão, deu-lhe provimento, a fim de afastar o direito da parte ora agravante ao recebimento da indenização securitária e, conseqüentemente, julgar improcedente a ação, bem como afastar a multa aplicada pela oposição de embargos de declaração.

A fundamentação da decisão consistiu na divergência entre o acórdão recorrido e a jurisprudência desta Corte quanto à inexistência do direito à indenização securitária por invalidez parcial permanente, sem perda das funções autonômicas, ocasionada por doença ocupacional ou do trabalho.

Em suas razões recursais, a parte agravante alega a impossibilidade de conhecimento do recurso especial interposto pela parte agravada, pois a pretensão recursal de afastamento do direito à indenização implica interpretação contratual e/ou reexame de fatos e provas, nos termos dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ.

Impugnação apresentada às fls. 1.289-1.373 (e-STJ), na qual é requerida a fixação da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC/2015.

É o relatório.

VOTO

As razões recursais são insuficientes para reformar a decisão monocrática agravada, a qual deve ser confirmada no tópico.

No caso dos autos, relativo a contrato de seguro de vida em grupo, embora tenha afastado a responsabilidade da seguradora pela eventual violação do dever de informação do segurado, por ser esta uma obrigação da empresa estipulante, nos termos da tese firmada para o Tema 1.112 dos Recursos Repetitivos, **o Tribunal de origem concluiu pela existência do direito à indenização securitária.**

Conforme **a fundamentação do acórdão recorrido**, há direito à indenização por invalidez funcional permanente e total por doença, mesmo sem a perda das funções autonômicas, ocasionada por doença ocupacional ou do trabalho, que implicou a invalidez permanente para o exercício das funções habituais como militar, pois o contrato de seguro deve ser interpretado a partir da finalidade da contratação, prevenindo o abuso.

Também foi apontado no acórdão recorrido que o art. 21 da Lei 8.213/1991 prevê a existência de "*acidente de trabalho quando configurado o liame concausal entre a doença e o tipo de tarefa exercida (causalidade indireta ou equivalência dos antecedentes), o que quer dizer: o trabalho provoca ou agrava o evento danoso*", tal qual ocorrente na espécie, em que a invalidez da parte é decorrente do **agravamento de doenças ocupacionais** (e-STJ, fls. 1.135-1.142):

"Mérito

Na hipótese vertente, restou incontestado o direito do apelado em perceber a

indenização securitária de invalidez por doença, uma vez que, enquanto militar do exército, aderiu ao seguro de vida em grupo pelo Fundo Habitacional do Exército sob a apólice de n.930/4529/0000005 (f. 762), o qual prevê a cobertura de R\$ 129.927,60 (cento e vinte e nove mil, novecentos e vinte e sete reais e sessenta centavos) em caso de invalidez funcional permanente e total por doença.

(...)

Pois bem.

Infere-se dos autos que o autor é segurado do contrato de seguro de vida em grupo, firmado pela Fundação Habitacional do Exército — FHE em favor dos militares do exército e outros.

Narra a exordial que no decorrer do ano de 2010, o autor passou a apresentar quadro de lombalgia, irradiada para membros inferiores, sendo encaminhado à Sessão de Saúde de sua O.M., momento em que foi diagnosticado com sendo portador de Transtorno de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia (M51.0), a partir de então, o autor passou a ser constantemente afastado de suas funções ordinárias, realizando apenas TAF alternativo. Com isto, o autor teve aumento de peso considerável, estando atualmente com quadro de obesidade mórbida, apresentando também sintomas de problemas cardíacos.

O autor foi excluído e desligado do efetivo de seu Batalhão em julho de 2016 por ter sido julgado incapaz definitivamente para o serviço do exército, conforme documentos às fls. 591/595.

Após ingressar com a ação, o feito foi instruído com a realização de nova perícia, cujo laudo pericial de fls. 682/700 atestou:

CONCLUSÃO: PACIENTE APRESENTA MORBIDADE, COM PERDA DOS PRÉ-REQUISITOS DA FUNÇÃO DE MILITAR- ESTÁ INCAPACITADO TOTAL E PERMANENTE.

(...)

Alega a seguradora que o problema que acometeu o segurado não foi proveniente de acidente de trabalho e sim de doença e sustenta a ausência de cobertura para tal desiderato.

Entretanto, a Lei nº 8.213/1991 regula a possibilidade de existirem patologias que venham a ser adquiridas em razão da atividade exercida no ambiente laborativo. São doenças ocupacionais, cujas manifestações se descortinam de forma gradual, ao longo do tempo, como consequência direta (ou mesmo indireta) da prática de certas tarefas repetitivas ou do meio ambiente laboral propiciador do seu surgimento ou do seu agravamento. O mesmo diploma legal, em seu art. 21, I, explicitou que há acidente de trabalho quando configurado o liame concausal entre a doença e o tipo de tarefa exercida (causalidade indireta ou equivalência dos antecedentes), o que quer dizer: o trabalho provoca ou agrava o evento danoso.

Diante do quadro fático-probatório, e conforme apontado pelo perito judicial as patologias que acometem o periciado são decorrentes de doença ocupacional.

Veja-se:

(...)

Ademais, em situação análoga prevê o art. 337, § 3º, do Decreto 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social):

- Considera-se estabelecido o nexo entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID) em conformidade com o disposto na Lista C do Anexo II deste Regulamento.

O nexo técnico epidemiológico não exige sequer a vistoria "in locu" do ambiente de trabalho do empregado. Basta a mera possibilidade de a doença

ter sido causada pelas atividades do empregado.

Portanto, resta comprovada a incapacidade permanente e total do apelado em decorrência de doença ocupacional, e sua cobertura.

Com efeito, o contrato avençado entre as partes encontra-se amparado pelo Código de Defesa do Consumidor, diploma que é regido por diversos princípios, dentre os quais o princípio basilar da boa-fé objetiva.

Tal norma principiológica "visa garantir a ação sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão a ninguém".

Trata-se, pois, de uma regra de conduta vinculada ao "dever de agir com lealdade e cooperação, abstendo-se de condutas que possam esvaziar as legítimas expectativas da outra parte"

(...)

Em outras palavras, a entidade seguradora somente responde pela indenização nos limites dos riscos assumidos no contrato. Por outro lado, a atividade securitária, ainda que referente a seguro em grupo, está abrangida pelo Código de Defesa do Consumidor.

A relação jurídica estabelecida entre as partes se caracteriza como urna relação de consumo, na medida em que tem-se, nitidamente, a figura das requeridas, na qualidade de fornecedoras de produtos e serviços e, no outro polo, a parte autora, na condição de consumidora, em perfeita consonância com o disposto nos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Por conseguinte, a análise do contrato em questão deverá observar os direitos e princípios norteadores da relação consumerista, dentre eles, o da proteção contra práticas e cláusulas abusivas impostas no fornecimento de produtos e serviços contratados, a facilitação da defesa dos interesses do consumidor e a interpretação de cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor.

Conforme determina o artigo 776 do mesmo diploma legal, o segurador é obrigado a pagar em dinheiro o prejuízo resultante do risco assumido, enquanto o artigo 54, § 4º, do CDC prevê que as cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

Por sua vez, o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor, que vige sobre a matéria de seguros, assevera que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Logo, os riscos excluídos devem ser expressamente consignados no contrato ou em suas cláusulas gerais.

O contrato de seguro em comento é especialmente voltado ao atendimento das necessidades dos segurados militares, tendo como interveniente um órgão que defende interesses da classe, promovendo melhorias na qualidade de vida, dentre elas, intermediando a contratação do plano de seguro.

Não se trata de uma contratação de seguro por particular, mas de seguro de vida em grupo, em que a parte requerida assumiu o risco do pagamento de indenização, com pleno conhecimento dos riscos e consequências do exercício regular da atividade militar.

Outrossim, o artigo 799 do Código Civil prevê que "o segurado não pode eximir-se ao pagamento do seguro, ainda que da apólice conste a restrição, se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem".

Em suma, trata-se de contrato de seguro, cujo pagamento será devido quando comprovada a invalidez em decorrência de acidente ou doença, cujos riscos foram assumidos voluntariamente pela seguradora.

Embora as sequelas não tornem o autor incapaz para outras atividades, a cobertura securitária deve ser analisada sob o enfoque da atividade laboral habitual por ele desempenhada.

No entanto, quanto a alegação da seguradora de que o segurado tinha pleno

conhecimento da cláusula limitadora da indenização, Processo Civil, mormente ao fato de não haver nenhuma assinatura que comprove a ciência do segurado, acerca das cláusulas em discussão, o STJ recentemente definiu da seguinte forma:

A seguradora e a estipulante, ao firmarem o contrato principal, ou contrato mestre, negociam entre si riscos cobertos, valores dos prêmios e das indenizações e prazos de carência, entre outras disposições, inclusive aquelas relativas às eventuais restrições de direito dos futuros segurados.

Na fase de adesão dos segurados — continuou —, a relação ocorre entre o potencial grupo de clientes e o estipulante, responsável por prestar informações acerca do produto contratado.

Segundo o ministro, até o momento que antecede essa etapa, a seguradora não tem como identificar com precisão os indivíduos que efetivamente integrarão o grupo segurado, sendo incompatível com a estrutura do contrato coletivo atribuir a ela o dever de informação prévia ao segurado — a não ser quando provocada especificamente e individualmente para isso.

"Tanto é assim que a adesão à apólice mestra, promovida perante o estipulante, deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta, a qual deverá conter cláusula em que ele declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro" Em relação às obrigações estabelecidas no contrato de seguro coletivo, Villas Bôas Cueva citou atribuições da estipulante previstas na Resolução 434/2021 do Conselho Nacional de Seguros Privados e reiterou que o segurado, ao aderir à apólice coletiva, não tem interlocução com a seguradora, recaindo o dever de informação sobre a empresa intermediária.

Esse entendimento não afasta a obrigatoriedade de a seguradora prestar informações sobre as relações contratuais sempre que solicitada pelo estipulante ou, de forma individual, pelos membros do grupo segurado. "E não poderia ser de outro modo, porquanto, como visto, a relação jurídica de direito material mantida entre o segurado e a seguradora de contrato coletivo equipara-se a uma estipulação em favor de terceiro" completou o magistrado. REsp 1.874.811.

Em relação à estipulação imprópria — em que o vínculo entre os membros do grupo segurável e o estipulante é estritamente securitário, não havendo prévia relação associativa ou trabalhista entre eles —, o ministro reafirmou o entendimento de que o contrato coletivo deverá ser tratado como se fosse individual, "sobretudo quando a atuação do estipulante for desvirtuada (falso estipulante), deixando de representar os interesses do grupo segurado em prol da seguradora."

Com isso, não há como depositar a responsabilidade do dever de informações sobre a seguradora, fazendo com que o pagamento da cobertura seja analisado de acordo com as cláusulas e tabelas inseridas na apólice, desde que as mesmas sejam livres de quaisquer abusividades e encontrem respaldo jurídico sobre os temas. No caso, o pagamento correto seria de acordo com o grau de invalidez., independente da ausência ou não de ciência das cláusulas da apólice, no que diz respeito a responsabilidade da seguradora.

Cumprir destacar que este relator entende que a benevolente decisão (para com as seguradoras) do STJ vai simplesmente jogar a responsabilidade por qualquer desacerto sobre as empresas que agora tem a obrigação com relação às apólices emitidas pela Seguradora, "vestindo um santo e desvestindo outro".

(...)

Diante desta circunstância e para acompanhar a conclusão do TEMA 1112, o dever de informar o consumidor (beneficiário) a respeito das cláusulas contratuais, condições restritivas e exclusões de cobertura é do estipulante (empregador) e não da seguradora.

Mormente à decisão do TEMA 1112 definir a responsabilidade do dever de informação, pelo qual, direciona as demandas a utilização das tabelas anexadas aos contratos de seguro para aferição das indenizações quanto às sequelas e incapacidades, neste caso, há uma exceção, pois o militar segurado, foi considerado inválido - "incapaz definitivamente para o serviço do Exército" (fls. 591).

Ou seja, não há que se falar em pagamento gradual ante o dever de informação. A tabela para estes casos não há utilidade, uma vez que não houve redução da incapacidade e sim um desligamento definitivo ante sua invalidez.

Juízo de retratação exercido quanto ao TEMA 1112, entretanto não há alteração quanto ao mérito, o quantum devido que deverá ser mantido."

Essas conclusões são divergentes do entendimento desta Corte.

Com efeito, a Segunda Seção desta Corte fixou a seguinte tese para o Tema 1.068 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, julgado em 13/10/2021, DJe de 18/10/2021).

Além disso, *"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"* (AgInt no AREsp 1.782.278/SC, relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023).

No mesmo sentido:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. CONFIGURAÇÃO. AUSÊNCIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DEVER DE INFORMAÇÃO. DOENÇA OCUPACIONAL. ACIDENTE DE TRABALHO. NÃO ENQUADRAMENTO. EXCLUSÃO CONTRATUAL EXPRESSA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS N.ºS 5 E 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. COMPROVAÇÃO. AUSÊNCIA. DISSÍDIO. ANÁLISE PREJUDICADA.

1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte.

2. Na hipótese, não há como rever as conclusões firmadas pelas instâncias ordinárias, de que foi cumprido o dever de informação ao consumidor e de que a doença ocupacional não se enquadra como acidente de trabalho, sem a análise de circunstâncias fático-probatórias dos autos e de cláusulas contratuais, providência inviável no recurso especial devido aos óbices das Súmulas n.ºs 5 e 7/STJ.

3. 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.

4. Nos termos dos artigos 1.029, § 1º, do CPC e 255, § 1º, do RISTJ, a divergência jurisprudencial com fundamento na alínea "c" do permissivo constitucional requisita comprovação e demonstração, esta, em qualquer caso, com a transcrição dos trechos dos acórdãos que configurem o dissídio, mencionando-se as circunstâncias que identifiquem ou assemelhem os casos confrontados, não se oferecendo como bastante a simples transcrição de ementas sem realizar o necessário cotejo analítico a evidenciar a similitude fática entre os casos apontados e a divergência de interpretações.

5. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que a necessidade do reexame da matéria fática impede a admissão do recurso especial tanto pela alínea "a" quanto pela alínea "c" do permissivo constitucional.

6. Agravo interno não provido."

(AgInt no AREsp n. 2.071.619/SC, relator Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 4/9/2023, DJe de 12/9/2023.)

"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.)

Desse modo, era impositivo o provimento do recurso especial no tópico, a fim de afastar o direito ao recebimento de indenização securitária, sem que para tanto tenha sido necessária interpretação contratual ou reexame fático-probatório, proibidos nos termos das Súmulas 5 e 7 do STJ, porque, como visto, **todas as circunstâncias necessárias para o proferimento da decisão foram extraídas da fundamentação do acórdão recorrido.**

Por fim, também não merece ser acolhido o pedido formulado em impugnação do presente agravo interno quanto à incidência de multa.

Na linha do entendimento firmado pela Segunda Seção no julgamento do AgInt nos EREsp 1.120.356/RS, *"a aplicação da multa prevista no § 4º do art. 1.021 do CPC/2015 não é automática, não se tratando de mera decorrência lógica do não provimento do agravo interno em votação unânime. A condenação do agravante ao pagamento da aludida multa, a ser analisada em cada caso concreto, em decisão fundamentada, pressupõe que o agravo interno mostre-se manifestamente inadmissível ou que sua improcedência seja de tal forma evidente que a simples interposição do recurso possa ser tida, de plano, como abusiva ou protelatória"*. Contudo, o presente agravo interno não apresenta tais características.

Na espécie, embora não tenha obtido êxito recursal, não se verifica, por ora, hipótese para aplicação da penalidade contra a parte agravante, nem por litigância de má-fé ou ato atentatório à dignidade da justiça, porque se utilizou do recurso para obter pronunciamento do colegiado, em exercício regular do direito de recorrer.

Com essas considerações, nega-se provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no REsp 2.130.120 / MS
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2021/0314397-9

Número de Origem:

08262512420148120001

0826251242014812000150002

8262512420148120001

826251242014812000150002

Sessão Virtual de 28/05/2024 a 03/06/2024

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : MAPFRE VIDA S/A

ADVOGADOS : ALLINNE RIZZIE COELHO OLIVEIRA GARCIA - DF024367

JACÓ CARLOS SILVA COELHO - MS015155A

CLAUDINÉIA SANTOS PEREIRA - MS022074A

RECORRIDO : ANTONIO MARCOS DO NASCIMENTO

ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MS009979

INTERES. : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - MS005871

GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : ANTONIO MARCOS DO NASCIMENTO

ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MS009979

AGRAVADO : MAPFRE VIDA S/A

ADVOGADOS : ALLINNE RIZZIE COELHO OLIVEIRA GARCIA - DF024367

JACÓ CARLOS SILVA COELHO - MS015155A

CLAUDINÉIA SANTOS PEREIRA - MS022074A
INTERES. : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 28/05/2024 a 03/06/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 03 de junho de 2024