



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AgInt no AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2077544 - MT
(2022/0052998-8)

RELATOR : **MINISTRO LUÍS CARLOS GAMBOGI (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TJMG)**
AGRAVANTE : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MT008184A
DANIELA CRISTINA VAZ PATINI - MT0116600
AGRAVADO : FLORA LUCIA KAZIUK PEREIRA
ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MT028887A

EMENTA

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE. DEVER DE INFORMAÇÃO. ESTIPULAÇÃO IMPRÓPRIA. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

I. Caso em exame

1. *O agravo interno.* Agravo interno interposto pela seguradora contra decisão monocrática que, em juízo de reconsideração, conheceu de agravo em recurso especial e determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para prosseguimento do julgamento da apelação, a fim de examinar especificamente a alegação de violação ao dever de informação e a eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante em contrato de seguro de vida em grupo, à luz do Tema 1.112/STJ.

2. *Fato relevante.* A ação originária versa sobre indenização securitária por invalidez permanente parcial, atribuída a doença laboral (LER/DORT) de bancária segurada em apólices de seguro de vida em grupo que preveem cobertura para morte por qualquer causa, invalidez total ou parcial e permanente por acidente e invalidez funcional permanente e total por doença, tendo o Tribunal de origem equiparado a moléstia a acidente de trabalho com base na legislação previdenciária (Lei n. 8.213/1991) e reconhecido a nulidade de cláusula restritiva para assegurar a cobertura securitária.

3. *As decisões anteriores.* O Tribunal de Justiça local, ao julgar agravo interno em apelação cível, manteve decisão que dera provimento parcial ao apelo da segurada para determinar o pagamento da indenização securitária por invalidez parcial permanente por acidente, com base na Tabela da SUSEP, calculando o capital segurado a partir do salário fixo/nominal da segurada e fixando correção monetária pelo IGP-M desde a contratação (Súmula 632/STJ. A seguradora interpôs recurso

especial, alegando violação aos arts. 757, 760 e 884 do Código Civil e dissídio jurisprudencial, sustentando a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal previsto no contrato. O recurso especial foi inicialmente inadmitido, sobreveio agravo do art. 1.042 do CPC/2015 e, em decisão singular, o relator determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprir omissão quanto à tese de falha no dever de informação e à eventual estipulação imprópria ou falsa estipulante, o que motivou o presente agravo interno da seguradora, que alega inovação recursal, preclusão e violação à estabilidade objetiva da lide, defendendo tratar-se de estipulação própria e pleiteando o restabelecimento de decisão anterior do STJ.

II. Questão em discussão

4. A questão em discussão consiste em saber se deve ser mantida a decisão monocrática que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que sejam supridas omissões relativas à alegação de violação ao dever de informação e à eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante em seguro de vida em grupo, à luz da orientação firmada no Tema 1.112/STJ, diante da impossibilidade de o Superior Tribunal de Justiça revolver matéria fático-probatória em recurso especial e da relevância jurídica da tese deduzida pela seguradora quanto ao vínculo econômico entre estipulante e seguradora.

III. Razões de decidir

5. O Tribunal de origem, embora tenha reconhecido a nulidade de cláusula restritiva e assegurado a cobertura securitária por equiparar a LER/DORT a acidente de trabalho com base nos arts. 19, 20 e 21 da Lei n. 8.213/1991, deixou de se manifestar expressamente sobre a alegada falha no dever de informação e sobre a tese de que estipulante e seguradora integrariam o mesmo grupo econômico, o que configuraria estipulação imprópria, caracterizando omissão relevante e apta a comprometer a adequada prestação jurisdicional.

6. A Segunda Seção do STJ, no julgamento do REsp n. 1.874.788/SC (Tema 1.112), firmou tese de que, nos seguros de vida coletivos, cabe exclusivamente ao estipulante, na estipulação própria, o dever de prestar informações prévias aos segurados acerca das condições contratuais, inclusive cláusulas limitativas, ressaltando, porém, que tal orientação não se aplica às hipóteses de estipulação imprópria ou de falsos estipulantes, nas quais a apólice coletiva deve ser considerada individual quanto ao relacionamento entre segurados e seguradora, admitindo-se a responsabilização direta desta.

7. A alegação de que estipulante e seguradora pertencem ao mesmo grupo econômico, formulada pela parte, é juridicamente relevante e potencialmente capaz de alterar o desfecho da controvérsia, pois pode conduzir ao reconhecimento de estipulação imprópria e à incidência do regime de apólice individual quanto ao dever de informação, impondo ao Tribunal de origem o dever de enfrentamento específico da matéria.

8. A análise acerca da existência de estipulação imprópria, da estrutura da relação contratual e do eventual vínculo substancial entre estipulante e seguradora demanda incursão no conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada em sede de recurso especial, sob pena de supressão de instância, devendo ser realizada pelas instâncias ordinárias.

9. Diante da omissão identificada e da limitação cognitiva do recurso especial, mostra-se correta a decisão agravada que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprir a omissão, com exame da alegada violação ao dever de informação e da possível caracterização de estipulação imprópria ou falsa estipulante, à luz do Tema 1.112/STJ, razão pela qual o agravo interno não comporta provimento.

IV. Dispositivo

10. Resultado do Julgamento: Negado provimento ao agravo interno, mantida a decisão que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprimimento de omissão quanto ao dever de informação e à eventual estipulação imprópria, nos termos do Tema 1.112/STJ.

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 26/05/2026 a 01/06/2026, 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 Antonio Carlos Ferreira votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 01 de junho de 2026.

Ministro Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG)
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AgInt no AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2077544 - MT
(2022/0052998-8)

RELATOR : **MINISTRO LUÍS CARLOS GAMBOGI (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TJMG)**
AGRAVANTE : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MT008184A
DANIELA CRISTINA VAZ PATINI - MT0116600
AGRAVADO : FLORA LUCIA KAZIUK PEREIRA
ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MT028887A

EMENTA

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE. DEVER DE INFORMAÇÃO. ESTIPULAÇÃO IMPRÓPRIA. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

I. Caso em exame

1. *O agravo interno.* Agravo interno interposto pela seguradora contra decisão monocrática que, em juízo de reconsideração, conheceu de agravo em recurso especial e determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para prosseguimento do julgamento da apelação, a fim de examinar especificamente a alegação de violação ao dever de informação e a eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante em contrato de seguro de vida em grupo, à luz do Tema 1.112/STJ.

2. *Fato relevante.* A ação originária versa sobre indenização securitária por invalidez permanente parcial, atribuída a doença laboral (LER/DORT) de bancária segurada em apólices de seguro de vida em grupo que preveem cobertura para morte por qualquer causa, invalidez total ou parcial e permanente por acidente e invalidez funcional permanente e total por doença, tendo o Tribunal de origem equiparado a moléstia a acidente de trabalho com base na legislação previdenciária (Lei n. 8.213/1991) e reconhecido a nulidade de cláusula restritiva para assegurar a cobertura securitária.

3. *As decisões anteriores.* O Tribunal de Justiça local, ao julgar agravo interno em apelação cível, manteve decisão que dera provimento parcial ao apelo da segurada para determinar o pagamento da indenização securitária por invalidez parcial permanente por acidente, com base na Tabela da SUSEP, calculando o capital segurado a partir do salário fixo/nominal da segurada e fixando correção monetária pelo IGP-M desde a contratação(Súmula 632/STJ. A seguradora interpôs recurso especial, alegando violação aos arts. 757, 760 e 884 do Código Civil e dissídio jurisprudencial, sustentando a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal previsto no contrato. O recurso especial foi inicialmente inadmitido, sobreveio agravo do art. 1.042 do CPC/2015 e, em decisão singular, o relator determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprir omissão quanto à tese de falha no dever de informação e à eventual estipulação imprópria ou falsa estipulante, o que motivou o presente agravo interno da seguradora, que alega inovação recursal, preclusão e violação à estabilidade objetiva da lide, defendendo tratar-se de estipulação própria e pleiteando o restabelecimento de decisão anterior do STJ.

II. Questão em discussão

4. A questão em discussão consiste em saber se deve ser mantida a decisão monocrática que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que sejam supridas omissões relativas à alegação de violação ao dever de informação e à eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante em seguro de vida em grupo, à luz da orientação firmada no Tema 1.112/STJ, diante da impossibilidade de o Superior Tribunal de Justiça revolver matéria fático-probatória em recurso especial e da relevância jurídica da tese deduzida pela seguradora quanto ao vínculo econômico entre estipulante e seguradora.

III. Razões de decidir

5. O Tribunal de origem, embora tenha reconhecido a nulidade de cláusula restritiva e assegurado a cobertura securitária por equiparar a LER/DORT a acidente de trabalho com base nos arts. 19, 20 e 21 da Lei n. 8.213/1991, deixou de se manifestar expressamente sobre a alegada falha no dever de informação e sobre a tese de que estipulante e seguradora integrariam o mesmo grupo econômico, o que configuraria estipulação imprópria, caracterizando omissão relevante e apta a comprometer a adequada prestação jurisdicional.

6. A Segunda Seção do STJ, no julgamento do REsp n. 1.874.788/SC (Tema 1.112), firmou tese de que, nos seguros de vida coletivos, cabe exclusivamente ao estipulante, na estipulação própria, o dever de prestar informações prévias aos segurados acerca das condições contratuais, inclusive cláusulas limitativas, ressaltando, porém, que tal orientação não se aplica às hipóteses de estipulação imprópria ou de falsos estipulantes, nas quais a apólice coletiva deve ser considerada individual quanto ao relacionamento entre segurados e seguradora, admitindo-se a responsabilização direta desta.

7. A alegação de que estipulante e seguradora pertencem ao mesmo grupo econômico, formulada pela parte, é juridicamente relevante e potencialmente capaz de alterar o desfecho da controvérsia, pois pode conduzir ao reconhecimento de estipulação imprópria e à incidência do regime de apólice individual quanto ao dever de informação, impondo ao Tribunal de origem o dever de enfrentamento específico da matéria.

8. A análise acerca da existência de estipulação imprópria, da estrutura da relação contratual e do eventual vínculo substancial entre estipulante e seguradora demanda incursão no conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada em sede de recurso especial, sob pena de supressão de instância, devendo ser realizada pelas instâncias ordinárias.

9. Diante da omissão identificada e da limitação cognitiva do recurso especial, mostra-se correta a decisão agravada que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprir a omissão, com exame da alegada violação ao dever de informação e da possível caracterização de estipulação imprópria ou falsa estipulante, à luz do Tema 1.112/STJ, razão pela qual o agravo interno não comporta provimento.

IV. Dispositivo

10. Resultado do Julgamento: Negado provimento ao agravo interno, mantida a decisão que determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para suprimimento de omissão quanto ao dever de informação e à eventual estipulação imprópria, nos termos do Tema 1.112/STJ .

RELATÓRIO

Cuida-se de agravo interno interposto por BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, contra decisão monocrática que, em juízo de reconsideração, determinou o retorno dos autos ao Tribunal de origem para prosseguimento do

julgamento da apelação, a fim de examinar especificamente a alegação de violação ao dever de informação e a eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante, à luz do Tema 1.112/STJ.

O apelo nobre foi interposto BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, com fundamento no artigo 105, III, alíneas “a” e “c” do permissivo constitucional, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso, assim ementado (fls. 409-410, e-STJ):

RECURSO DE AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL – JULGAMENTO MONOCRÁTICO – AUSÊNCIA DE PREJUÍZO – EVENTUAL VÍCIO NO JULGAMENTO SANADO QUANDO DA APRECIÇÃO COLEGIADA DO PRESENTE AGRAVO INTERNO – PRECEDENTES DO STJ E DESTA CÂMARA CÍVEL – APELO PROVIDO EM PARTE – DETERMINAÇÃO DE PAGAMENTO COM BASE NA TABELA DA SUSEP DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA CONTRATADA PARA A HIPÓTESE DE INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE POR ACIDENTE - CAPITAL SEGURADO CALCULADO COM BASE NO VALOR DO SALÁRIO FIXO/NOMINAL DA SEGURADA VIGENTE NO MÊS ANTERIOR AO MÊS DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO A SER APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA – FIXAÇÃO DE INCIDÊNCIA DA CORREÇÃO MONETÁRIA PELO IGP-M DESDE A DATA DA CONTRATAÇÃO, ATÉ O EFETIVO PAGAMENTO (SÚMULA 632 DO STJ) - AUSÊNCIA DE ELEMENTOS RELEVANTES PARA A MODIFICAÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA – AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. “Eventual mácula na deliberação unipessoal fica superada, em razão da apreciação da matéria pelo órgão colegiado na seara do agravo interno” (STJ – 3ª Turma – AgInt no AgInt no AREsp1008073/MG – Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE – j. 03/08/2017, DJe 17/08/2017) ” (AgR40701/2018, DES. JOÃO FERREIRA FILHO, PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 02/10/2018, publicado no DJE 05/10/2018) . Deve permanecer inalterada a decisão agravada de provimento parcial do apelo da agravada, para determinar o pagamento com base na Tabela da SUSEP da indenização securitária contratada para a hipótese de invalidez parcial permanente por acidente, com capital segurado calculado com base no valor do salário fixo/nominal da segurada vigente no mês anterior ao mês do último dia de trabalho a ser apurado em liquidação de sentença e fixação de incidência da correção monetária pelo IGP-M desde a data da contratação, até o efetivo pagamento (Súmula 632 do STJ), se o agravante não demonstra a impropriedade da decisão, sequer apresenta elementos relevantes que convençam da probabilidade dos seus direitos.

Nas razões do especial (fls. 423-436, e-STJ), a recorrente aponta, além do dissídio jurisprudencial, violação dos arts. 757, 760 e 884 do Código Civil. Sustenta, em síntese, que “Não é cabível equiparar eventual doença laboral ao acidente pessoal previsto no contrato de seguro ” (fl. 426, e-STJ).

Contrarrazões às fls. 499-510, e-STJ.

Em juízo de admissibilidade (fls. 511-520, e-STJ), o apelo nobre foi inadmitido, dando ensejo à interposição do agravo previsto no artigo 1.042 CPC/15 (fls. 522-532, e-STJ).

Contraminutas às fls. 536-541, e-STJ.

Em decisão singular (fls. 619-624, e-STJ), conheceu-se do agravo para reconsiderar deliberação anterior e determinar o retorno dos autos à origem, ante: a) a necessidade de o Tribunal local enfrentar a tese de violação ao dever de informação e a eventual caracterização de estipulação imprópria ou de falsa estipulante, conforme

orientação firmada no Tema 1.112/STJ; b) a vedação à supressão de instância em sede de recurso especial, por demandar exame do contexto contratual e da estrutura da relação securitária entre estipulante, seguradora e segurada.

Daí o presente agravo interno (fls. 628-631, e-STJ), no qual a parte agravante sustenta, em síntese, a ocorrência de inovação recursal, porquanto a tese relativa ao dever de informação e à falsa estipulante não teria sido suscitada nas instâncias ordinárias, com afronta à preclusão consumativa e à estabilidade objetiva da lide; defende, ademais, tratar-se de estipulação própria, por vínculo associativo com a Top Clube Bradesco Segurança, Educação e Assistência Social, nos termos do Tema 1.112/STJ, e afasta a alegação de desconhecimento das cláusulas pela segurada, pleiteando o restabelecimento da decisão de fls. 577-582, e-STJ.

Impugnação às fls. 636-640, e-STJ.

É o relatório.

VOTO

O agravo interno não merece acolhida, porquanto os argumentos apresentados pela agravante são incapazes de infirmar os fundamentos da decisão agravada, que merece ser mantida na íntegra.

1. Conforme consignado na decisão agravada, a controvérsia posta nos autos diz respeito ao direito à indenização securitária decorrente de invalidez permanente parcial, atribuída a doença laboral (LER/DORT), cuja natureza jurídica – se acidente ou doença – foi enfrentada pelo Tribunal de origem sob a ótica da legislação previdenciária, concluindo pela equiparação a acidente de trabalho.

No ponto, a Corte local assim decidiu (fls. 412-414, e-STJ - grifou-se):

Quanto ao mérito, o agravante alega, em síntese, que a agravada possui doença inflamatória ocupacional, que não se enquadra no conceito de acidente pessoal previsto no contrato, e figura como risco expressamente excluído da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente; ocorrência da dupla correção do capital segurado, e o consequente enriquecimento ilícito da agravada, bem como, que a correção monetária deve partir desde a data do salário fixo nominal considerado para o cálculo da indenização. Assim, transcrevo trecho da decisão agravada por entender que os argumentos e fundamentos lançados nas razões recursais não bastam para alterá-la:

“(…) Em sua petição inicial, a autora relatou que é bancária desde 1987 e aderiu a um seguro de vida em grupo, tendo como estipulantes Top Clube Bradesco, Segurança, Educação e Assistência Social, e Seguradora Bradesco Vida e Previdência S. A. e as apólices 850.688 e 850.689 estipulam o prêmio no valor de 100 vezes o salário, limitado a R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais), e o valor de 50 vezes o salário, limitado a R\$ 375.000,00 (trezentos e setenta e cinco mil reais), respectivamente; disse que passou a sentir fortes dores nos membros

superiores, principalmente no braço direito e coluna e foi diagnosticada com LER/DORT, tendinopatia e bursite nos ombros, síndrome no túnel do carpo do punho direito, espécies do gênero lesões por Esforço Repetitivo.

Alegou que recebeu o diagnóstico em 31/07/2014 e 05/11/2014 e, após o início do tratamento, ficou constatado que as lesões eram crônicas; mencionou que é beneficiária das Apólices de Seguro nº850.688 e 850.689 e requereu a condenação da ré no valor de 150 (cento e cinquenta vezes) o salário da segurada a título de indenização por “invalidez permanente por acidente” (soma das duas apólices), a partir da data da contratação do seguro. Alternativamente, pugnou pelo reconhecimento de invalidez por doença e o pagamento da indenização prevista na Apólice nº 850.688, equivalente a 100 (cem) vezes o salário da segurada.

Pois bem. Importante registrar que na sentença a Magistrada consignou que o contrato de seguro firmado entre as partes está incluído no rol daqueles denominados de adesão com aplicação do Código de Defesa do Consumidor e análise das cláusulas de modo mais favorável ao consumidor.

A autora apresentou Laudo confeccionado em 16/02/2015, no qual há indicação de é portadora de doença relacionada ao trabalho denominada LER/DOT e ficou incapaz para desempenhar suas funções enquanto bancária. E, na perícia judicial, ficou constatado que a incapacidade da autora decorre da atividade laboral.

Realizada a perícia judicial, o perito concluiu que a autora é portadora de quadro de distúrbios osteo musculares crônicos, comprometendo membros superiores e inferiores, além de regiões de coluna cervical e lombar e as patologias apresentam caráter degenerativo e progressivo e tem relação direta com esforços repetitivos relacionados à atividade laboral desempenhada por tempo prolongado.

Feita essa observação, a autora contratou a Apólice n.º 850.688 que possui garantia para: morte por qualquer causa, invalidez total ou parcial e permanente por acidente e invalidez funcional permanente e total por doença e a Apólice n.º 850.689 com garantia para: invalidez permanente total ou parcial por acidente e morte acidental. A autora apresenta invalidez permanente parcial, e as patologias foram causadas em função da atividade laboral, portanto, resta configurado o acidente de trabalho.

Ademais, as patologias configuram invalidez por acidente e não por doença, pois no conceito de acidente de trabalho à luz da legislação previdenciária, fica clara a inserção da LER nas hipóteses de acidente laboral constante dos artigos 19, 20 e 21 da Lei nº 8.213/91, vejamos:

“Art. 19 - Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do artigo 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.”

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

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

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

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

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

Por sua vez, a Instrução Normativa 98/03 INDC/INSS, que veio regulamentar a doença, ao conceituá-la, afirma que LER é uma “síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso”.

Assim, mesmo se considerasse como válida a Cláusula 3ª, item 1.2, que exclui a sua cobertura, a indenização é devida porque a autora sofreu acidente de trabalho, decorrente de prática contínua das atividades desenvolvidas como bancária, e o contrato firmado entre ambas cobre a invalidez permanente total ou parcial decorrente de acidente (Apólices 850.688 e 850.689).

Todavia, embora a Corte local tenha reconhecido a nulidade de cláusula restritiva e, com isso, assegurado a cobertura securitária, deixou de se manifestar expressamente sobre questão suscitada pela parte: a alegada falha no dever de informação, especialmente diante da tese de que estipulante e seguradora integrariam o mesmo grupo econômico, configurando hipótese de estipulação imprópria.

Tal circunstância revela omissão relevante, apta a comprometer a prestação jurisdicional adequada.

Com efeito, a Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento do REsp n. 1.874.788/SC, submetido ao rito dos recursos repetitivos (Tema 1.112), firmou orientação no sentido de que, nos contratos de seguro de vida coletivo, compete exclusivamente ao estipulante o dever de prestar informações prévias aos segurados acerca das cláusulas contratuais, inclusive aquelas limitativas ou restritivas de direito.

Não obstante, a própria tese firmada ressalva a inaplicabilidade dessa orientação às hipóteses de estipulação imprópria ou de “falsa estipulante”, nas quais a apólice coletiva deve ser tratada, em essência, como individual, admitindo-se, portanto, a responsabilização direta da seguradora.

Cita-se a ementa do referido julgado:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS. CLÁUSULAS RESTRITIVAS. DEVER DE

INFORMAÇÃO. EXCLUSIVIDADE. ESTIPULANTE. GARANTIA SECURITÁRIA . INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA). INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. INCAPACIDADE PARCIAL DEFINITIVA. VALOR DA INDENIZAÇÃO. PROPORCIONALIDADE. GRAU DE INVALIDEZ. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. A controvérsia dos autos reside em definir se cabe à seguradora e/ou ao estipulante o dever de prestar informação prévia ao proponente (segurado) a respeito das cláusulas limitativas e restritivas dos contratos de seguro de vida em grupo. 3. Teses para os fins do art. 1.040 do CPC/2015 : (i) 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, e (ii) não se incluem, no âmbito da matéria afetada, as causas originadas de estipulação imprópria e de falsos estipulantes, visto que as apólices coletivas nessas figuras devem ser consideradas apólices individuais, no que tange ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora. 4. Recurso especial não provido. (REsp n. 1.874.788/SC, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023.) [grifou-se]

Nesse contexto, a alegação deduzida pela parte agravante — no sentido de que estipulante e seguradora pertencem ao mesmo grupo econômico — revela-se juridicamente relevante e potencialmente apta a alterar o desfecho da controvérsia, impondo ao Tribunal de origem o dever de enfrentamento específico da matéria.

Ressalte-se que a análise dessa questão demanda incursão no conjunto fático-probatório dos autos, especialmente quanto à estrutura da relação contratual e à eventual existência de vínculo substancial entre estipulante e seguradora, providência inviável em sede de recurso especial, nos termos da jurisprudência consolidada desta Corte.

Assim, mostra-se acertada a decisão agravada ao determinar o retorno dos autos à instância ordinária, a fim de que seja suprida a omissão apontada, com o devido exame da alegação de falha no dever de informação e da possível caracterização de estipulação imprópria, à luz da orientação firmada no Tema 1.112/STJ .

De rigor, portanto, a manutenção da decisão agravada.

2. Do exposto, nega-se provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no AgInt no AgInt no AREsp 2.077.544 / MT

Número Registro: 2022/0052998-8

PROCESSO ELETRÔNICO

Número de Origem:

00130298920158110041 130298920158110041

Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026

Relator do AgInt no AgInt no AgInt

Exmo. Sr. Ministro LUÍS CARLOS GAMBOGI (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TJMG)

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MT008184A

DANIELA CRISTINA VAZ PATINI - MT0116600

AGRAVADO : FLORA LUCIA KAZIUK PEREIRA

ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MT028887A

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - SEGURO

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MT008184A

DANIELA CRISTINA VAZ PATINI - MT0116600

AGRAVADO : FLORA LUCIA KAZIUK PEREIRA

ADVOGADO : HENRIQUE DA SILVA LIMA - MT028887A

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026, 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 Antonio Carlos Ferreira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 01 de junho de 2026