



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2147454 - MS(2024/0195316-8)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766
RECORRIDO : MAURO CLEBER ROSA MACHADO
ADVOGADOS : FAGNER DE OLIVEIRA MELO - MS021507
EVERSON MATEUS RODRIGUES DA LUZ - MS022975
INTERES. : JBS S/A

EMENTA

DIREITO CIVIL. SEGURO. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE POR DOENÇA OCUPACIONAL. AUSÊNCIA DE NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. DEVER DE INFORMAÇÃO DA SEGURADORA. INAPLICABILIDADE DE CLÁUSULAS RESTRITIVAS. INDENIZAÇÃO INTEGRAL. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ART. 758 DO CÓDIGO CIVIL. INAPLICABILIDADE DA TABELA SUSEP. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL A ACIDENTE PESSOAL. VALIDADE DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO CONFIGURADO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Trata-se de recurso especial que confirmou a condenação ao pagamento integral de indenização securitária por invalidez parcial e permanente decorrente de doença ocupacional, reconhecendo a estipulação imprópria e a ausência de comprovação da ciência do segurado acerca das cláusulas restritivas.

2. Não se configura negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal de origem aprecia todas as questões relevantes para o deslinde da controvérsia, ainda que de forma contrária aos interesses da parte recorrente, rechaçando, de modo fundamentado, as teses invocadas nos embargos de declaração.

3. A classificação da estipulação como imprópria, que impõe à seguradora o dever de informação sobre as cláusulas restritivas do

contrato de seguro coletivo, está em consonância com o Tema Repetitivo 1.112 do Superior Tribunal de Justiça, especialmente quando não há vínculo empregatício direto entre o empregado e a empresa que figurou como estipulante da apólice.

4. A ausência de comprovação de que o segurado teve ciência inequívoca das cláusulas restritivas e da Tabela SUSEP afasta a sua aplicação, devendo a indenização securitária ser paga integralmente, conforme a previsão do capital segurado na apólice.

5. A equiparação da doença ocupacional a acidente pessoal, para fins de cobertura securitária, é possível quando o contrato não exclui expressamente tal equiparação e a seguradora não comprova a ciência inequívoca do segurado sobre as cláusulas restritivas.

6. A alegada divergência jurisprudencial não foi demonstrada nos termos exigidos, o que impede o conhecimento do recurso especial por esta alínea do permissivo constitucional.

7. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso, mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 22 de abril de 2026.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2147454 - MS(2024/0195316-8)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766
RECORRIDO : MAURO CLEBER ROSA MACHADO
ADVOGADOS : FAGNER DE OLIVEIRA MELO - MS021507
EVERSON MATEUS RODRIGUES DA LUZ - MS022975
INTERES. : JBS S/A

EMENTA

DIREITO CIVIL. SEGURO. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE POR DOENÇA OCUPACIONAL. AUSÊNCIA DE NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. DEVER DE INFORMAÇÃO DA SEGURADORA. INAPLICABILIDADE DE CLÁUSULAS RESTRITIVAS. INDENIZAÇÃO INTEGRAL. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ART. 758 DO CÓDIGO CIVIL. INAPLICABILIDADE DA TABELA SUSEP. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL A ACIDENTE PESSOAL. VALIDADE DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO CONFIGURADO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Trata-se de recurso especial que confirmou a condenação ao pagamento integral de indenização securitária por invalidez parcial e permanente decorrente de doença ocupacional, reconhecendo a estipulação imprópria e a ausência de comprovação da ciência do segurado acerca das cláusulas restritivas.

2. Não se configura negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal de origem aprecia todas as questões relevantes para o deslinde da controvérsia, ainda que de forma contrária aos interesses da parte recorrente, rechaçando, de modo fundamentado, as teses invocadas nos embargos de declaração.

3. A classificação da estipulação como imprópria, que impõe à seguradora o dever de informação sobre as cláusulas restritivas do

contrato de seguro coletivo, está em consonância com o Tema Repetitivo 1.112 do Superior Tribunal de Justiça, especialmente quando não há vínculo empregatício direto entre o empregado e a empresa que figurou como estipulante da apólice.

4. A ausência de comprovação de que o segurado teve ciência inequívoca das cláusulas restritivas e da Tabela SUSEP afasta a sua aplicação, devendo a indenização securitária ser paga integralmente, conforme a previsão do capital segurado na apólice.

5. A equiparação da doença ocupacional a acidente pessoal, para fins de cobertura securitária, é possível quando o contrato não exclui expressamente tal equiparação e a seguradora não comprova a ciência inequívoca do segurado sobre as cláusulas restritivas.

6. A alegada divergência jurisprudencial não foi demonstrada nos termos exigidos, o que impede o conhecimento do recurso especial por esta alínea do permissivo constitucional.

7. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, não provido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED SEGURADORA S.A. (UNIMED), com fundamento nas alíneas a e c do inciso III do art. 105 da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul, assim ementado:

EMENTA – APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – INVALIDEZ ESTABELECIDADA NA VIGÊNCIA DA APÓLICE - CLÁUSULAS RESTRITIVAS PARA PAGAMENTO DO SEGURO – TEMA 1112 DO STJ – ESTIPULAÇÃO IMPRÓPRIA – DEVER DE INFORMAÇÃO DA SEGURADORA – CIÊNCIA NÃO COMPROVADA – INAPLICABILIDADE DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS – INDENIZAÇÃO INTEGRAL DEVIDA – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. Quanto à vigência da apólice e a incapacidade do autor, o contrato teve início em 31/07/2019, vigorando por aditivo até agosto de 2021, enquanto o perito estabeleceu a data de início da invalidez como sendo 24/03/2021 (f. 215), portanto dentro do período de vigência.

2. O Tema 1112 do Superior Tribunal de Justiça firmou a seguinte tese: “(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.”

3. Na hipótese, o autor era empregado da empresa diversa da que figurou como estipulante, tratando-se então de estipulação imprópria, exigindo-se a informação pela seguradora das cláusulas restritivas para sua aplicação.

4. Logo, não deve ser aplicada a Tabela da Susep para cálculo das indenizações, assim como não se aplica a limitação de cobertura para acidente equiparado, doença ocupacional, concausa ou exclusão de doença preexistente, tendo em vista a ausência de ciência do autor acerca dessas previsões contratuais de modo que deve ser mantida a sentença com a condenação da seguradora à indenização integral, em consonância como Tema 1112 do STJ. (e-STJ, fl. 451)

Os embargos de declaração de UNIMED foram rejeitados (e-STJ, fl. 508).

Nas razões do apelo nobre interposto, UNIMED apontou (1) negativa de prestação jurisdicional por violação dos arts. 1.022, parágrafo único, I, e 489, § 1º, IV, do Código de Processo Civil, sustentando omissões sobre a classificação adotada de estipulação imprópria e ao enfrentamento das teses fundadas nos arts. 757, 758 e 760 do Código Civil; (2) negativa de vigência ao art. 758 do Código Civil, afirmando que o certificado individual e os descontos em holerite evidenciariam vínculo trabalhista com a estipulante e, portanto, estipulação própria; (3) violação dos arts. 757 e 760 do Código Civil quanto aos limites da cobertura IPA e à impossibilidade de equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal, com exclusões expressas e inaplicabilidade da cobertura IFPD diante de incapacidade apenas parcial; e (4) existência de dissídio jurisprudencial sobre a equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e a validade das cláusulas restritivas no seguro de vida em grupo.

Houve apresentação de contrarrazões por MAURO CLÉBER ROSA MACHADO (MAURO), conforme e-STJ, fls. 581-588.

É o relatório.

VOTO

(1) Da alegada negativa de prestação jurisdicional

Em seu apelo nobre, UNIMED, alega que o acórdão recorrido incorreu em negativa de prestação jurisdicional, ao sustentar que o TJMS não enfrentou as teses levantadas nos embargos de declaração, especialmente sobre a classificação de estipulação imprópria e a análise das normas dos arts. 757, 758 e 760 do Código Civil.

Contudo, uma análise acurada do acórdão impugnado revela que o Tribunal estadual apreciou as questões suscitadas de forma clara e fundamentada, conforme se depreende dos seguintes trechos:

Omissão, por definição, significa a ausência de pronunciamento judicial sobre questão sobre o qual devia se pronunciar o juiz de ofício ou a requerimento. 2. Na hipótese, não há omissão a ser sanada, sendo certo que a discussão por meio dos presentes representa apenas inconformismo com o resultado do julgamento, cuja insurgência deve ser manejada pela via recursal própria. Por fim, restam prequestionados implícita ou explicitamente os dispositivos legais pertinentes à matéria julgada, nos termos do art. 1.025 do CPC. (e-STJ, fl. 510).

Ademais, o acórdão de apelação abordou expressamente a classificação da estipulação como imprópria, utilizando-se do Tema 1.112 do Superior Tribunal de Justiça para fundamentar sua decisão, indicando que:

Na hipótese, o autor era empregado da empresa diversa da que figurou como estipulante, tratando-se então de estipulação imprópria, exigindo-se a informação pela seguradora das cláusulas restritivas para sua aplicação. (e-STJ, fl. 451)

Assim, o TJMS não se furtou a examinar as matérias postas em debate, mas, ao contrário, as analisou e proferiu decisão em sentido desfavorável à recorrente, o que não se confunde com omissão ou ausência de fundamentação.

O julgador não está adstrito a rebater, um a um, os argumentos invocados pelas partes, desde que apresente motivação suficiente para dirimir o litígio. Dessa forma, a pretensão da recorrente de re julgamento da causa sob o pretexto de omissão demonstra mero inconformismo com o resultado desfavorável, providência incabível em sede de embargos de declaração.

Portanto, não se configura a alegada negativa de prestação jurisdicional, restando incólumes os arts. 1.022, parágrafo único, I, e 489, § 1º, IV, do Código de Processo Civil.

(2) Da alegada violação do art. 758 do Código Civil e o reconhecimento da estipulação própria

UNIMED sustenta que houve negativa de vigência ao art. 758 do Código Civil, argumentando que o certificado individual (e-STJ, fls. 95) e os descontos em holerite (e-STJ, fls. 3) evidenciam um vínculo trabalhista com a estipulante (SEARA/JBS), caracterizando, portanto, uma estipulação própria e transferindo o dever de informação para a estipulante.

Todavia, a moldura fática delineada pelo acórdão recorrido, em conformidade com o Tema Repetitivo 1.112 do STJ, é que o segurado, MAURO, era empregado da SEARA ALIMENTOS S.A. (e-STJ, fl. 21), enquanto a apólice de seguro de vida em grupo foi firmada pela JBS S.A. (e-STJ, fl. 91). Esta circunstância, de ser o empregado de empresa diversa da que figura como estipulante, foi o cerne da classificação da estipulação como imprópria pelo Tribunal estadual.

A tese firmada no Tema 1.112 do STJ estabelece que:

- (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.*

Assim sendo, a interpretação dada pelo acórdão recorrido se alinha perfeitamente à segunda parte da tese repetitiva, que considera as apólices coletivas em casos de estipulação imprópria como apólices individuais no que tange ao relacionamento entre os segurados e a seguradora.

Isso significa que, na hipótese de estipulação imprópria, o dever de prestar informações prévias e claras sobre as condições contratuais, inclusive as cláusulas restritivas, recai sobre a seguradora, e não sobre o estipulante. O fato de o certificado individual (e-STJ, fls. 95) indicar a SEARA ALIMENTOS S.A. como "estipulante" e a JBS S.A. como "subestipulante" (e-STJ, fls. 96) não altera essa conclusão, pois a essência da "estipulação imprópria" reside na ausência de um vínculo prévio direto (empregatício ou associativo) entre o segurado e a empresa que formalmente contrata a apólice mestre (no caso, JBS S.A.), como corretamente observado pelo Tribunal estadual. UNIMED tentou argumentar que SEARA e JBS fazem parte do mesmo grupo econômico, mas o acórdão expressamente rejeitou essa alegação por falta de comprovação (e-STJ, fl. 510), sendo inviável a reanálise desta premissa por esta Corte Superior, em função da Súmula 7/STJ

Ademais, a prova da contratação do seguro, nos termos do art. 758 do Código Civil, por si só, não infirma a conclusão do acórdão quanto ao dever de informação em caso de estipulação imprópria. A questão não é a existência do contrato, mas sim a quem incumbia o dever de informar as cláusulas restritivas.

Portanto, o acórdão recorrido não violou o art. 758 do Código Civil, mas o aplicou em consonância com a interpretação qualificada pelo Superior Tribunal de

Justiça no Tema 1.112, de modo que a ausência de ciência do segurado sobre as cláusulas restritivas, por falha da seguradora, inviabiliza a aplicação dessas restrições.

(3) Da alegada violação dos arts. 757 e 760 do Código Civil quanto aos limites da cobertura IPA, impossibilidade de equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal, e inaplicabilidade da cobertura IFPD

Nas razões do seu recurso especial, UNIMED aduz que o acórdão violou os arts. 757 e 760 do Código Civil ao equiparar doença ocupacional a acidente pessoal, desconsiderar as exclusões expressas da cobertura IPA e aplicar a cobertura IFPD a uma incapacidade apenas parcial. Argumenta, ainda, que as obrigações da seguradora são limitadas aos riscos predeterminados na apólice.

Entretanto, conforme o acórdão de apelação e o Tema 1.112 do STJ, o cerne da questão reside na ausência de ciência inequívoca do segurado sobre as cláusulas restritivas, em virtude da estipulação imprópria. Sobre isso, o TJMS foi expresso ao afirmar que:

Logo, não deve ser aplicada a Tabela da Susep para cálculo das indenizações, assim como não se aplica a limitação de cobertura para acidente equiparado, doença ocupacional, concausa ou exclusão de doença preexistente, tendo em vista a ausência de ciência do autor acerca dessas previsões contratuais de modo que deve ser mantida a sentença com a condenação da seguradora à indenização integral, em consonância como Tema 1112 do STJ. (e-STJ, fl. 451)

Nesse contexto, a controvérsia não se limita à interpretação literal dos arts. 757 e 760 do Código Civil sobre os limites da cobertura, mas sim à eficácia dessas limitações diante da falha no dever de informação. Se o segurado não foi devidamente informado sobre as exclusões de doença ocupacional do conceito de acidente pessoal, ou sobre a aplicação da Tabela SUSEP para invalidez parcial, tais cláusulas não podem ser-lhe opostas. O laudo pericial (e-STJ, fls. 208-217) foi conclusivo sobre a invalidez parcial e permanente do autor, decorrente de doença ocupacional com nexo causal demonstrado com a atividade laboral.

É fato que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem consolidado o entendimento de que a doença ocupacional não pode ser equiparada a acidente pessoal para fins securitários, especialmente quando as cláusulas restritivas não foram devidamente informadas ao segurado, prevalecendo a interpretação mais favorável ao consumidor em uma relação de consumo, conforme o Código de Defesa do Consumidor. A tese da UNIMED, porém, de que o seguro privado não deve equiparar doença laboral a acidente de trabalho, por ser esta uma equiparação restrita ao direito

trabalhista e previdenciário, embora válida em abstrato, é mitigada pela ausência de comprovação, no caso concreto, de que o segurado teve ciência expressa das cláusulas que operam tal exclusão.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. OMISSÃO OU CONTRADIÇÃO. AUSÊNCIA. ACÓRDÃO DEVIDAMENTE FUNDAMENTADO. CONCLUSÃO NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CIÊNCIA DO CONSUMIDOR SOBRE AS LIMITAÇÕES DO CONTRATO. SÚMULAS 5 E 7/STJ. CABIMENTO DA FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO NO VALOR TOTAL. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não há nenhuma omissão ou mesmo contradição a ser sanada no julgamento estadual, portanto inexistentes os requisitos para reconhecimento de ofensa ao art. 1.022 do novo CPC. O acórdão dirimiu a controvérsia com base em fundamentação sólida, sem tais vícios, tendo apenas resolvido a celeuma em sentido contrário ao postulado pela parte insurgente.

2. As ponderações a respeito da falta de conhecimento do aderente às limitações do contrato de seguro foram feitas com base em fatos e provas, atraindo a aplicação das Súmulas 5 e 7/STJ, que incidem sobre ambas as alíneas do permissivo constitucional.

3. Consoante a jurisprudência desta Corte Superior, não se revela abusiva a cláusula que prevê a limitação da indenização securitária proporcional ao percentual de invalidez, desde que não haja deficiência no dever de informação, por parte da seguradora, de que a cobertura poderia ser paga em valor inferior ao limite do capital segurado. Dessa forma, o acórdão está em sintonia com o entendimento deste Tribunal - Súmula 83/STJ.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 1.751.954/MS, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE SEGURO. LEGITIMIDADE DA INSURGENTE. AUSÊNCIA DE ALEGAÇÃO DE OFENSA AO ART. 1.022 DO NOVO CPC. INCIDÊNCIA DO CDC. POSSIBILIDADE DE DECRETAÇÃO. NULIDADE DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. SÚMULA 83/STJ. RESPONSABILIDADE DA INSURGENTE E FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA FEITA COM BASE EM FATOS, PROVAS E TERMOS CONTRATUAIS. SÚMULAS 5 E 7/STJ. INOVAÇÃO RECURSAL. NÃO OCORRÊNCIA. AGRAVO INTERNO DE MAPFRE VIDA S.A. DESPROVIDO.

[...]

3. A aplicação da Tabela da Susep foi afastada pelo decisum estadual. Consoante a segunda instância, a insurgente não teria logrado comprovar que o recorrido teve ciência acerca de limitação da apólice previamente à sua contratação, portanto, a previsão por aplicação

dessa tabela deveria se extirpada da avença por ser nula, haja vista que prejudicial ao consumidor, que teria entabulado um contrato de adesão. Essa premissa encontra suporte na jurisprudência desta Corte Superior, atraindo a incidência da Súmula 83/STJ.

4. A forma como foi alcançado o valor da indenização securitária - com a nulidade do estabelecimento da incidência da Tabela da Susep, por inexistência de esclarecimento prévio ao consumidor a respeito das limitações do contrato - foi fundada na apreciação de fatos e provas, acarretando a aplicação das Súmulas 5 e 7/STJ, as quais obstem o conhecimento do recurso especial por ambas as alíneas do permissivo constitucional.

5. Tendo o autor, desde a inicial, alegado a existência de relação de consumo e tal tema ter sido apreciado pelo Magistrado singular, não há falar em inovação recursal quando ocorrer a análise dessas questões na segunda instância.

6. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 1.269.830/MS, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 3/12/2018, DJe de 6/12/2018)

Sobre a inaplicabilidade da cobertura IFPD para incapacidade parcial, o acórdão recorrido, ao determinar a indenização integral, o fez com base na invalidez parcial e permanente decorrente de doença ocupacional e na falha de informação das cláusulas restritivas (e-STJ, fls. 453-456), e não necessariamente aplicando a cobertura de IFPD de forma irrestrita. Ou seja, a condenação integral decorre da impossibilidade de aplicar as restrições contratuais pela falha no dever de informação, e não de uma desconsideração automática da natureza da invalidez.

Diante do exposto, não há violação dos arts. 757 e 760 do Código Civil, uma vez que a decisão recorrida fundamentou-se na prevalência do dever de informação da seguradora em caso de estipulação imprópria, conforme o entendimento do Tema 1.112 do STJ, tornando inaplicáveis as cláusulas restritivas não informadas.

(4) Do alegado dissídio jurisprudencial sobre a equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e a validade das cláusulas restritivas

Por fim, UNIMED aponta dissídio jurisprudencial, alegando divergência de entendimento entre o acórdão recorrido e o acórdão paradigma (AgInt no Recurso Especial 1.956.117/TO) sobre a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal e à validade da exclusão de doenças profissionais da cobertura de invalidez por acidente.

Contudo, para a demonstração da divergência jurisprudencial, UNIMED deveria ter realizado o cotejo analítico entre os julgados, evidenciando a similitude

fática e a divergência na interpretação do direito. A mera transcrição de ementas ou trechos de julgados não é suficiente para cumprir tal requisito, como exigido pelo art. 1.029, § 1º, do Código de Processo Civil.

Na hipótese, a UNIMED limitou-se a contrapor o entendimento do acórdão recorrido com o do paradigma sem demonstrar, de forma clara e objetiva, a identidade dos casos e a solução jurídica diversa para situações fáticas semelhantes.

O acórdão recorrido se fundamenta na natureza da estipulação contratual (imprópria) para afastar as cláusulas restritivas e a aplicação da Tabela SUSEP, em conformidade com o Tema 1.112 do STJ (e-STJ, fl. 451). Já o acórdão paradigma (e-STJ, fls. 543-548) trata da validade da exclusão de doenças profissionais da cobertura de IPA, em contexto no qual não se discutia a natureza da estipulação e o dever de informação do estipulante/seguradora sob a ótica da estipulação própria/imprópria.

Desse modo, a argumentação apresentada pela recorrente não estabelece a necessária similitude fática e jurídica entre os casos confrontados, impedindo a análise do mérito do recurso especial pela alínea c do permissivo constitucional.

Nessas condições, **CONHEÇO EM PARTE** do recurso especial e, nessa extensão, **NEGO-LHE PROVIMENTO**.

MAJORO em 5% o valor dos honorários advocatícios anteriormente fixados em favor de MAURO, limitados a 20%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação nos termos do art. 1.026, § 2º, do CPC.

É o meu voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.147.454 / MS
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0195316-8

Número de Origem:

08019087920218120045

0801908792021812004550001

8019087920218120045

801908792021812004550001

Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. JANICE AGOSTINHO BARRETO ASCARI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED SEGURADORA S/A

ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MS005871

GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766

RECORRIDO : MAURO CLEBER ROSA MACHADO

ADVOGADOS : EVERSON MATEUS RODRIGUES DA LUZ - MS022975

FAGNER DE OLIVEIRA MELO - MS021507

INTERES. : JBS S/A

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

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso, mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrighi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 22 de abril de 2026