



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2154726 - MS(2024/0240054-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766
RECORRIDO : ALDIANO JOAQUIM CECE
ADVOGADOS : NATÃ LOBATO MAGIONI - MS015017
ISABELLA SANTOS RIBEIRO - MS023975
ÁLLEN RODRIGUES DE CASTRO DE PAULA - MS017376
ANDRÉ DE AGUIAR JUSTINO DA CRUZ - MS013774

EMENTA

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. AUSÊNCIA DE VÍCIO NO ACÓRDÃO RECORRIDO QUANTO À PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE (IPA). DOENÇA OCUPACIONAL (LER/DORT). CONCAUSA. EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE DE TRABALHO PARA FINS SECURITÁRIOS. IMPOSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DO CONTRATO DE SEGURO. DEVER DE INFORMAÇÃO DO ESTIPULANTE. AUSÊNCIA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO POR DOENÇA OCUPACIONAL NA COBERTURA IPA. DISSÍDIO PREJUDICADO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Trata-se de recurso especial interposto por seguradora em face de acórdão que equiparou doença ocupacional (LER/DORT) a acidente de trabalho para fins de cobertura securitária por invalidez, determinando o pagamento de indenização proporcional à lesão.
2. O Tribunal de origem não incorreu em negativa de prestação jurisdicional ao rejeitar os embargos de declaração, porquanto a controvérsia foi devidamente analisada e fundamentada, demonstrando o inconformismo da parte com o resultado desfavorável e não a existência de vícios sanáveis.
3. O contrato de seguro possui natureza restritiva, vinculando as partes aos riscos predeterminados e assumidos, não sendo possível a

equiparação de doença ocupacional (LER/DORT) a acidente pessoal para fins de cobertura securitária, especialmente quando há exclusão expressa de doenças profissionais da apólice, conforme os artigos 757 e 760 do Código Civil.

4. A jurisprudência desta Corte Superior é firme no sentido de que a equiparação entre doença laboral e acidente de trabalho é restrita ao direito trabalhista e previdenciário, não se aplicando aos contratos de seguro privado, que possuem limites, conceitos e definições próprias, bem como cláusulas expressas de exclusão.

5. O dever de informação prévia acerca das condições contratuais de seguro de vida coletivo, incluindo cláusulas limitativas e restritivas, recai exclusivamente sobre o estipulante, e não sobre a seguradora, conforme tese firmada no Tema Repetitivo 1.112 do Superior Tribunal de Justiça.

6. Acolhida a tese de violação de lei federal (art. 105, III, *a*), fica prejudicada a análise da alegação de dissídio jurisprudencial (art. 105, III, *c*).

7. Recurso especial conhecido e parcialmente 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 do recurso e lhe dar parcial provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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 2154726 - MS(2024/0240054-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA - MS005871
GAYA LEHN SCHNEIDER PAULINO - MS010766
RECORRIDO : ALDIANO JOAQUIM CECE
ADVOGADOS : NATÃ LOBATO MAGIONI - MS015017
ISABELLA SANTOS RIBEIRO - MS023975
ÁLLEN RODRIGUES DE CASTRO DE PAULA - MS017376
ANDRÉ DE AGUIAR JUSTINO DA CRUZ - MS013774

EMENTA

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. AUSÊNCIA DE VÍCIO NO ACÓRDÃO RECORRIDO QUANTO À PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE (IPA). DOENÇA OCUPACIONAL (LER/DORT). CONCAUSA. EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE DE TRABALHO PARA FINS SECURITÁRIOS. IMPOSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DO CONTRATO DE SEGURO. DEVER DE INFORMAÇÃO DO ESTIPULANTE. AUSÊNCIA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO POR DOENÇA OCUPACIONAL NA COBERTURA IPA. DISSÍDIO PREJUDICADO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Trata-se de recurso especial interposto por seguradora em face de acórdão que equiparou doença ocupacional (LER/DORT) a acidente de trabalho para fins de cobertura securitária por invalidez, determinando o pagamento de indenização proporcional à lesão.
2. O Tribunal de origem não incorreu em negativa de prestação jurisdicional ao rejeitar os embargos de declaração, porquanto a controvérsia foi devidamente analisada e fundamentada, demonstrando o inconformismo da parte com o resultado desfavorável e não a existência de vícios sanáveis.
3. O contrato de seguro possui natureza restritiva, vinculando as partes aos riscos predeterminados e assumidos, não sendo possível a

equiparação de doença ocupacional (LER/DORT) a acidente pessoal para fins de cobertura securitária, especialmente quando há exclusão expressa de doenças profissionais da apólice, conforme os artigos 757 e 760 do Código Civil.

4. A jurisprudência desta Corte Superior é firme no sentido de que a equiparação entre doença laboral e acidente de trabalho é restrita ao direito trabalhista e previdenciário, não se aplicando aos contratos de seguro privado, que possuem limites, conceitos e definições próprias, bem como cláusulas expressas de exclusão.

5. O dever de informação prévia acerca das condições contratuais de seguro de vida coletivo, incluindo cláusulas limitativas e restritivas, recai exclusivamente sobre o estipulante, e não sobre a seguradora, conforme tese firmada no Tema Repetitivo 1.112 do Superior Tribunal de Justiça.

6. Acolhida a tese de violação de lei federal (art. 105, III, a), fica prejudicada a análise da alegação de dissídio jurisprudencial (art. 105, III, c).

7. Recurso especial conhecido e parcialmente 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 Mato Grosso do Sul, assim ementado:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO – ARGUIÇÃO DE EQUIPARAÇÃO DE INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE LABORATIVA A ACIDENTE DE TRABALHO – POSSIBILIDADE – APLICAÇÃO DA TABELA SUSEP - INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM A LESÃO - OBRIGAÇÃO DA ESTIPULANTE CIENTIFICAR OS SEGURADOS - TEMA 1112 DO STJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. Se a invalidez parcial permanente é decorrente das atividades laborativas exercidas pelo segurado, conforme constatado em perícia judicial, deve-se equiparar a acidente de trabalho para cobertura do seguro de vida em grupo contratado. O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Tema Repetitivo 1112, fixou a tese no sentido que na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados a respeito das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre. Assim, quando a invalidez for parcial, o valor indenizatório deverá ser proporcional à diminuição da

Os embargos de declaração de UNIMED foram rejeitados (e-STJ, fls. 447-451).

Nas razões de seu apelo nobre, 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 omissão quanto ao enfrentamento de matérias de direito fundadas nos arts. 757 e 760 do Código Civil, notadamente a exclusão das doenças do conceito de acidente pessoal (inclusive doenças profissionais por esforços repetitivos/microtraumas) e a impossibilidade de equiparar doença ocupacional ao acidente pessoal em seguros privados; (2) negativa de vigência dos arts. 757 e 760 do Código Civil, ao manter a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) para incapacidade parcial decorrente de doença ocupacional, defendendo interpretação restritiva das cláusulas e validade da exclusão contratual, bem como a não aplicação de conceitos previdenciários; e (3) existência de dissídio jurisprudencial sobre a equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e a validade da cláusula de exclusão de doenças profissionais da cobertura IPA.

Não houve apresentação de contrarrazões por ALDIANO JOAQUIM CECE (ALDIANO).

É o relatório

VOTO

(1) Da alegada negativa de prestação jurisdicional (arts. 1.022, parágrafo único, I, e 489, § 1º, IV, do CPC)

Em seu apelo nobre, UNIMED sustenta a nulidade do acórdão por negativa de prestação jurisdicional, alegando que o TJMS não teria enfrentado adequadamente as teses defensivas referentes à impossibilidade de equiparação da doença ocupacional a acidente pessoal e ao cálculo da indenização proporcional. UNIMED argumentou sobre a omissão quanto ao enfrentamento de matérias de direito fundadas nos artigos 757 e 760 do Código Civil, notadamente a exclusão das doenças do conceito de acidente pessoal (inclusive doenças profissionais por esforços repetitivos/microtraumas) e a impossibilidade de equiparar doença ocupacional ao acidente pessoal em seguros privados.

No entanto, a análise do acórdão recorrido revela que o Tribunal estadual enfrentou integralmente os pontos controvertidos, apresentando fundamentação suficiente para lastrear sua conclusão.

Sobre a equiparação da doença laboral ao acidente de trabalho para fins de cobertura securitária, o TJMS expressamente consignou:

Se a invalidez parcial permanente é decorrente das atividades laborativas exercidas pelo segurado, conforme constatado em perícia judicial, deve-se equiparar a acidente de trabalho para cobertura do seguro de vida em grupo contratado. (e-STJ, fl. 409)

Acerca da proporcionalidade da indenização e do dever de informação, o julgado abordou a tese recursal da UNIMED ao concluir pela inviabilidade da indenização integral e pela necessidade de arbitramento proporcional à lesão:

O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Tema Repetitivo 1112, fixou a tese no sentido que na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados a respeito das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre. Assim, quando a invalidez for parcial, o valor indenizatório deverá ser proporcional à diminuição da capacidade física sofrida pelo segurado, conforme enquadramento na tabela prevista nas condições gerais do seguro. (e-STJ, fl. 409)

Verifica-se, portanto, que o acórdão não foi omissor. Ao contrário, debateu as matérias de mérito que a recorrente afirma terem sido negligenciadas. A rejeição dos embargos de declaração na origem justificou-se pelo fato de que a UNIMED pretendia, sob o pretexto de sanar omissões, a rediscussão do mérito e o reexame probatório, o que extrapola os limites do artigo 1.022 do Código de Processo Civil (e-STJ, fls. 447/451).

O inconformismo da UNIMED com o resultado do julgamento e a adoção de tese jurídica contrária aos seus interesses não se confundem com vício de fundamentação ou negativa de prestação jurisdicional.

Assim, inexistem os vícios elencados no art. 1.022 e 489, §1º do CPC, sendo forçoso reconhecer que a pretensão recursal ostenta caráter nitidamente infringente.

A jurisprudência desta Casa é pacífica ao proclamar que, se os fundamentos adotados bastam para justificar o concluído na decisão, o julgador não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos utilizados pela parte.

Nesse sentido, confira-se o seguinte precedente:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. MULTA COMINATÓRIA. REDUÇÃO. POSSIBILIDADE. EXECUÇÃO PARCIAL DO ENCARGO.

VALOR FINAL DA PENALIDADE. DESPROPORCIONALIDADE. REVISÃO. INVIABILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não ficou configurada a violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015, uma vez que o Tribunal de origem se manifestou, de forma fundamentada, sobre as questões necessárias para o deslinde da controvérsia. O mero inconformismo da parte com o julgamento contrário à sua pretensão não caracteriza negativa de prestação jurisdicional.

2. Registre-se, ao ensejo, que "o órgão colegiado não está obrigado a repelir todas as alegações expendidas no recurso, pois basta que se atenha aos pontos relevantes e necessários ao deslinde do litígio e adote fundamentos que se mostrem cabíveis à prolação do julgado, ainda que, relativamente às conclusões, não haja a concordância das partes" (AgInt no AREsp n. 1.852.071/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 16/2/2023).

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é iterativa no sentido de que a decisão que comina as astreintes não preclui nem faz coisa julgada material. Assim, é possível a modificação do valor dessa sanção até mesmo de ofício, a qualquer tempo, inclusive na fase de execução, quando irrisória ou exorbitante.

4. Ademais, é cabível a modificação do valor da penalidade quando demonstrado o cumprimento parcial superveniente da obrigação.

5. Modificar o entendimento do Tribunal local, para concluir não ser cabível a redução da multa cominatória, é providência que demandaria o reexame de matéria fático-probatória, o que é inviável na seara extraordinária, devido ao óbice previsto no verbete n. 7 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça.

6. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.233.172/PR, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/6/2023, DJe de 21/6/2023)

Afasta-se, portanto, a alegada violação.

(2) Da violação dos arts. 757 e 760 do Código Civil (impossibilidade de equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e validade da exclusão de risco)

A UNIMED sustenta a violação dos arts. 757 e 760 do Código Civil, argumentando a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal em seguro de pessoas e a validade da exclusão contratual de doenças profissionais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

Sobre isso, o TJMS, ao julgar a apelação, equiparou a doença ocupacional de ALDIANO (LER/DORT) a acidente de trabalho para fins de cobertura securitária, sob o fundamento de que a atividade laboral atuou como concausa para as lesões que incapacitaram o segurado (e-STJ, fl. 409).

Contudo, a interpretação do Tribunal estadual diverge do entendimento consolidado desta Corte Superior. Conforme os arts. 757 e 760 do Código Civil, o contrato de seguro tem como característica primordial a predeterminação dos riscos cobertos, exigindo uma interpretação restritiva de suas cláusulas.

O art. 757 do Código Civil preceitua que *Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados*. Da mesma forma, o artigo 760 estabelece que *A apólice ou o bilhete de seguro serão nominativos, à ordem ou ao portador, e mencionarão os riscos assumidos, o início e o fim de sua validade, o limite da garantia e o prêmio devido*.

Na espécie, as Condições Gerais da apólice de seguro (e-STJ, fls. 97/98) definem expressamente o que se entende por Acidente Pessoal e, de forma categórica, excluem de seu conceito as doenças, incluindo as profissionais, bem como as lesões decorrentes de esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos (DORT/LER).

Similarmente, as Condições Especiais da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) também excluem expressamente de sua cobertura os eventos mencionados no item 4 das Condições Gerais, que abarcam as doenças profissionais e LER/DORT (e-STJ, fls. 123).

Nesse cenário, a jurisprudência desta Corte Superior é assente no sentido de que a equiparação de doença ocupacional a acidente de trabalho, para fins de cobertura securitária em contratos de seguro privado, é inviável, uma vez que tal equiparação é restrita ao âmbito do Direito Trabalhista e Previdenciário. Isso porque os contratos de seguro regem-se pelo Direito Civil e por suas próprias definições e limites de risco.

Nesse sentido, conforme julgados desta Corte:

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DOENÇA PROFISSIONAL. INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA). INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD). ACIDENTE PESSOAL. DESCARACTERIZAÇÃO. EXCLUSÃO CONTRATUAL. VALIDADE. REVISÃO. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. DEVER DE INFORMAÇÃO. ESTIPULANTE. RECURSO REPETITIVO. TEMA Nº 1.112/STJ.

1. Por expressa previsão legal e contratual, a cobertura por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e a Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) não abrangem as doenças classificadas como profissionais.

2. Na hipótese, a invalidez da autora (doença ocupacional) não se enquadra na definição securitária de Invalidez por Acidente (IPA) ou de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), por expressa exclusão da avença, e não se confunde, ainda, com a invalidez previdenciária.

3. No caso, não há como rever as conclusões firmadas pelas instâncias ordinárias sem a análise de circunstâncias fático-probatórias dos autos e de cláusulas contratuais, providência inviável no recurso especial devido aos óbices das Súmulas nºs 5 e 7/STJ.

4. Em relação à ausência de responsabilidade das seguradoras pelas informações relativas às condições gerais do contrato, o acórdão recorrido está alinhado ao que foi definido por ocasião do julgamento do Tema nº 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".

5. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

(AREsp n. 2.560.515/SC, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 26/5/2025, DJEN de 30/5/2025)

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO DO ART. 489 DO CPC. INOCORRÊNCIA. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO ENTRE DOENÇA PROFISSIONAL E ACIDENTE PESSOAL.

1. Ação de indenização securitária, fundada em contrato de seguro de vida em grupo.

2. Ausentes os vícios do art. 1022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e fundamentado corretamente o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há que se falar em violação do art. 489 do CPC.

4. Nos termos da jurisprudência do STJ, a modalidade de seguro IPA (Invalidéz por Acidente Pessoal) não estende sua cobertura à doença profissional.

5. A jurisprudência desta Corte Superior orienta que a existência de 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.

6. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

(REsp n. 2.201.253/MS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 19/5/2025, DJEN de 23/5/2025)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. SEGURO DE VIDA COLETIVO. CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. 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.

Acórdão recorrido em desacordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça.

2. Demonstrado, no caso concreto, que a cláusula contratual é clara ao denominar o que se entenderia por "acidente pessoal", inclusive apontando como excludentes as doenças profissionais, sendo certo que as lesões por esforços repetitivos são uma delas, não há que se falar na cobertura securitária.

3. Agravo interno desprovido. Decisão de provimento do recurso especial confirmada.

(AgInt no AREsp n. 2.317.112/CE, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 20/11/2023, DJe de 23/11/2023)

Ademais, no que tange ao dever de informação, o acórdão recorrido reconheceu que *Trata-se de apólice de seguro em grupo, na modalidade de estipulação própria, na qual não se opõe à seguradora o dever de informação pré-contratual, atribuição esta que recai sobre o estipulante* (e-STJ, fl. 409).

Este entendimento está em consonância com a tese firmada por esta Corte Superior no Tema Repetitivo 1.112:

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 1.874.788/SC, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Segunda Seção, DJe 10/3/2023)

Assim, comprovado que o dever de informar recaía sobre o estipulante (a empresa empregadora, SEARA ALIMENTOS LTDA.), não há que se falar em vício informacional imputável à seguradora para justificar a extensão da cobertura ou o pagamento integral.

Conclui-se, portanto, que a decisão do TJMS, ao equiparar a doença ocupacional (LER/DORT) a acidente pessoal para fins securitários e determinar o pagamento da indenização com base nessa equiparação, violou os arts. 757 e 760 do Código Civil, que impõem a interpretação restritiva do contrato de seguro e a observância dos riscos predeterminados e expressamente excluídos na apólice. Não se pode impor à seguradora o dever de cobertura para riscos expressamente excluídos e não contratados, sob pena de desequilibrar a base atuarial do seguro e a própria autonomia da vontade das partes.

Em virtude do provimento do recurso especial para afastar a equiparação e reconhecer a exclusão de cobertura, a discussão sobre o cálculo proporcional da indenização para IPA, tal como fixado pelo acórdão recorrido, torna-se prejudicada, haja vista a improcedência do pedido de cobertura por doença ocupacional sob a modalidade IPA.

Ademais, em virtude do exame do mérito, por meio do qual foi acolhida a tese de violação da lei federal (art. 105, III, *a*, da Constituição Federal), fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial (artigo 105, III, *c*, da Constituição Federal).

Nessas condições, **CONHEÇO** do recurso especial e **DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO** para reformar o acórdão recorrido e **JULGAR IMPROCEDENTE** o pedido inicial de indenização securitária pela cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) em decorrência de doença ocupacional.

Condeno ALDIANO no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, que fixo em 15% sobre o valor atualizado da causa, suspensa a exigibilidade em virtude da concessão da justiça gratuita na origem.

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 Código de Processo Civil.

É o meu voto



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.154.726 / MS
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0240054-0

Número de Origem:

08021743220228120045

14165117820238120000

8021743220228120045

802174322022812004550001

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 : ALDIANO JOAQUIM CECE

ADVOGADOS : NATÃ LOBATO MAGIONI - MS015017

ANDRÉ DE AGUIAR JUSTINO DA CRUZ - MS013774

ÁLLEN RODRIGUES DE CASTRO DE PAULA - MS017376

ISABELLA SANTOS RIBEIRO - MS023975

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, decidiu conhecer do recurso e lhe dar parcial provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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