



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2170048 - MS(2024/0346435-2)

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
RECORRENTE : COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL
ADVOGADO : PAULO ANTÔNIO MÜLLER - MS025950
RECORRIDO : ERINALDO RIBEIRO PINTO
ADVOGADO : DONALD DE DEUS RODRIGUES - MS016558

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA). AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E DAR-LHE PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul, proferido em apelação cível, que manteve condenação proporcional ao pagamento de indenização securitária por IPA.
2. A controvérsia diz respeito à ação de cobrança de indenização securitária por invalidez permanente por acidente, com discussão sobre equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e dever de informação no seguro coletivo.
3. Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos, condenou ao pagamento de R\$ 25.000,00 a título de indenização proporcional, com correção pelo IGPM/FGV desde a contratação e juros de 1% ao mês desde a citação, reconheceu sucumbência recíproca e fixou honorários em 10% para cada parte.
4. A Corte de origem manteve integralmente a sentença, assentou a aplicação da Tabela SUSEP, a equiparação da doença agravada pelo trabalho a acidente pessoal e fixou honorários recursais de 2% sobre o valor da condenação.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há nove questões em discussão: (i) saber se houve negativa de prestação jurisdicional por violação aos arts. 1.022, I e II, do CPC; (ii) saber se a decisão contrariou a boa-fé objetiva e a função social do contrato (art. 422 do CC); (iii) saber se, como estipulação em favor de terceiro, o segurado se sujeita às condições pactuadas entre seguradora e estipulante (art. 436, parágrafo único, do CC); (iv) saber se foi ampliada indevidamente a cobertura em afronta à delimitação de riscos do seguro (arts. 757 e 760 do CC); (v) saber se, no seguro de pessoas em grupo, o dever de informação é do estipulante (art. 801 do CC); (vi) saber se há abusividade ou falta de destaque nas cláusulas restritivas e a correta interpretação das condições gerais (arts. 46 e 47 do CDC); (vii) saber se o ônus da prova do direito à

cobertura IPA era do autor (art. 373, I, do CPC); (viii) saber se o estipulante é mandatário dos segurados e responsável pelo dever de informar (art. 21, § 2º, do Decreto-Lei 73/1966); e (ix) saber se há divergência jurisprudencial sobre a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal para fins de IPA.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não ocorreu a ofensa ao art. 1.022 do CPC, pois o acórdão recorrido e os embargos de declaração apreciaram de forma suficiente os pontos necessários ao deslinde.

7. Aplica-se a tese firmada no Tema 1.112 do STJ: no seguro de vida coletivo, o dever de informação é exclusivo do estipulante, inclusive quanto às cláusulas limitativas.

8. A modalidade de cobertura por IPA não se estende à doença profissional, sendo incabível interpretação ampliativa para alcançar risco expressamente excluído.

9. Fica prejudicado o exame do dissídio jurisprudencial, diante do provimento pela alínea a.

IV. DISPOSITIVO E TESE

10. Agravo em recurso especial conhecido para conhecer em parte do recurso especial e dar-lhe provimento.

Tese de julgamento: “1. Não ocorreu a ofensa ao art. 1.022 do CPC. 2. Aplica-se o Tema 1.112 do STJ quanto ao dever de informação exclusivo do estipulante no seguro de vida coletivo. 3. A cobertura por Invalidez Permanente por Acidente não alcança doença profissional, vedada a interpretação ampliativa da apólice. 4. Prejudicado o dissídio jurisprudencial em razão do provimento pela alínea a”.

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 1.022 e 373, I; CC, arts. 422, 436, parágrafo único, 757, 760 e 801; CDC, arts. 46 e 47; CF, art. 93, IX; Decreto-Lei n. 73/1966, art. 21, § 2º.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 5 e 7; STJ, REsp n. 1.874.788/SC, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgados em 2/3/2023; STJ, AgInt no REsp n. 1.923.355/SC, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 22/5/2023; STJ, AgInt no AREsp n. 1.704.681/SC, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/3/2022; STJ, AgInt no REsp n. 1.844.362/SC, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 19/10/2021.

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 24/03/2026 a 30/03/2026, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso e, nessa parte dar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 31 de março de 2026.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2170048 - MS(2024/0346435-2)

RELATOR : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**
RECORRENTE : **COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**
ADVOGADO : **PAULO ANTÔNIO MÜLLER - MS025950**
RECORRIDO : **ERINALDO RIBEIRO PINTO**
ADVOGADO : **DONALD DE DEUS RODRIGUES - MS016558**

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA). AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E DAR-LHE PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul, proferido em apelação cível, que manteve condenação proporcional ao pagamento de indenização securitária por IPA.
2. A controvérsia diz respeito à ação de cobrança de indenização securitária por invalidez permanente por acidente, com discussão sobre equiparação de doença ocupacional a acidente pessoal e dever de informação no seguro coletivo.
3. Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos, condenou ao pagamento de R\$ 25.000,00 a título de indenização proporcional, com correção pelo IGPM/FGV desde a contratação e juros de 1% ao mês desde a citação, reconheceu sucumbência recíproca e fixou honorários em 10% para cada parte.
4. A Corte de origem manteve integralmente a sentença, assentou a aplicação da Tabela SUSEP, a equiparação da doença agravada pelo trabalho a acidente pessoal e fixou honorários recursais de 2% sobre o valor da condenação.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há nove questões em discussão: (i) saber se houve negativa de prestação jurisdicional por violação aos arts. 1.022, I e II, do CPC; (ii) saber se a decisão contrariou a boa-fé objetiva e a função social do contrato (art. 422 do CC); (iii) saber se, como estipulação em favor de terceiro, o segurado se sujeita às condições pactuadas entre seguradora e estipulante (art. 436, parágrafo único, do CC); (iv) saber se foi ampliada indevidamente a cobertura em afronta à delimitação de riscos do seguro (arts. 757 e 760 do CC); (v) saber se, no seguro de pessoas em grupo, o dever de informação é do estipulante (art. 801 do CC); (vi) saber se há abusividade ou falta de destaque nas cláusulas restritivas e a correta interpretação das condições gerais (arts. 46 e 47 do CDC); (vii) saber se o ônus da prova do direito à

cobertura IPA era do autor (art. 373, I, do CPC); (viii) saber se o estipulante é mandatário dos segurados e responsável pelo dever de informar (art. 21, § 2º, do Decreto-Lei 73/1966); e (ix) saber se há divergência jurisprudencial sobre a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal para fins de IPA.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não ocorreu a ofensa ao art. 1.022 do CPC, pois o acórdão recorrido e os embargos de declaração apreciaram de forma suficiente os pontos necessários ao deslinde.

7. Aplica-se a tese firmada no Tema 1.112 do STJ: no seguro de vida coletivo, o dever de informação é exclusivo do estipulante, inclusive quanto às cláusulas limitativas.

8. A modalidade de cobertura por IPA não se estende à doença profissional, sendo incabível interpretação ampliativa para alcançar risco expressamente excluído.

9. Fica prejudicado o exame do dissídio jurisprudencial, diante do provimento pela alínea a.

IV. DISPOSITIVO E TESE

10. Agravo em recurso especial conhecido para conhecer em parte do recurso especial e dar-lhe provimento.

Tese de julgamento: “1. Não ocorreu a ofensa ao art. 1.022 do CPC. 2. Aplica-se o Tema 1.112 do STJ quanto ao dever de informação exclusivo do estipulante no seguro de vida coletivo. 3. A cobertura por Invalidez Permanente por Acidente não alcança doença profissional, vedada a interpretação ampliativa da apólice. 4. Prejudicado o dissídio jurisprudencial em razão do provimento pela alínea a”.

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 1.022 e 373, I; CC, arts. 422, 436, parágrafo único, 757, 760 e 801; CDC, arts. 46 e 47; CF, art. 93, IX; Decreto-Lei n. 73/1966, art. 21, § 2º.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 5 e 7; STJ, REsp n. 1.874.788/SC, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgados em 2/3/2023; STJ, AgInt no REsp n. 1.923.355/SC, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 22/5/2023; STJ, AgInt no AREsp n. 1.704.681/SC, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/3/2022; STJ, AgInt no REsp n. 1.844.362/SC, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 19/10/2021.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL (PREVISUL), com fundamento no art. 105, III, *a* e *c*, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul em apelação cível nos autos de ação de cobrança securitária.

O julgado foi assim ementado (fl. 362):

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE – DOENÇA AGRAVADA PELO TRABALHO – CONCAUSA – COBERTURA DEVIDA – EQUIPARAÇÃO A ACIDENTE DE TRABALHO – INDENIZAÇÃO GRADUADA DE ACORDO COM O NÍVEL DE INVALIDEZ – APLICABILIDADE DA TABELA DA SUSEP – INEXISTÊNCIA DE DEVER DE INFORMAÇÃO DA SEGURADORA – RECURSO ESPECIAL REPETITIVO N. 1.874.811/SC (TEMA 1.112 DO STJ) – APLICABILIDADE, AO SEGURADO, DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS INFORMADAS AO ESTIPULANTE QUANDO DA CONTRATAÇÃO – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. I - Tendo a atividade laboral exercida pela parte apelada atuado como concausa para o agravamento das lesões que a incapacitaram parcial e permanentemente para a atividade laboral na qual se habilitou, deve ser equiparada a acidente de trabalho, sendo devida, portanto, a indenização por invalidez parcial e permanente por acidente. II - A alegação de ausência de cobertura em razão da cláusula limitativa prevista nas condições gerais, que exclui do conceito de acidente pessoal as doenças profissionais, revela-se nula, porque viola previsão expressa em Lei, além de ser abusiva colocando o consumidor em desvantagem exagerada (art. 51, IV, do CDC). III - Ao julgar o REsp n. 1.874.788/SC, o c. Superior Tribunal de Justiça fixou a tese para o Tema 1112, consignando que “(i) na modalidade do 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”. IV - Assim, havendo previsão contratual de que, para os casos de invalidez permanente, a indenização deve ser paga de acordo com o grau da lesão e o membro afetado, descabida a pretensão de percepção do valor integral da apólice, já que não pode ser atribuída à seguradora eventual omissão pela ausência de informação das cláusulas restritivas.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fl. 511).

No recurso especial, a parte aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos seguintes artigos:

No recurso especial, a parte aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos seguintes artigos:

- a) 1.022, I, II, do Código de Processo Civil, porque o acórdão dos embargos teria omitido a análise expressa dos dispositivos prequestionados e mantido contradição com as cláusulas da apólice e com a técnica atuarial;
- b) 422 do Código Civil, porque a seguradora teria agido dentro da boa-fé objetiva e da função social do contrato, observando a delimitação de riscos e a técnica atuarial;
- b) 436, parágrafo único, do Código Civil, porquanto, tratando-se de estipulação em favor de terceiro no seguro coletivo, o segurado sujeita-se às condições e normas do contrato pactuado entre seguradora e estipulante;
- d) 757, 760 do Código Civil, visto que o contrato de seguro garante apenas riscos predeterminados e a decisão ampliou indevidamente a cobertura para doença ocupacional, risco expressamente excluído;
- e) 801 do Código Civil, pois, no seguro de pessoas em grupo, compete ao estipulante o cumprimento das obrigações contratuais e o dever de informar, inexistindo violação imputável à seguradora;
- f) 46, 47 do Código de Defesa do Consumidor, porque não há abusividade ou falta de destaque nas cláusulas restritivas, sendo clara a exclusão de doença ocupacional e, ao final, a interpretação não pode desvirtuar os limites da apólice;
- g) 373, I, do Código de Processo Civil, visto que incumbia ao autor comprovar o direito à cobertura IPA diante da exclusão expressa e do enquadramento técnico do evento;
- h) 21, § 2º, do Decreto-Lei 73/1966, visto que, nos seguros facultativos, o estipulante é mandatário dos segurados e responsável pelo dever de informar;

Sustenta que o Tribunal de origem divergiu do entendimento do Superior Tribunal de Justiça acerca da impossibilidade de equiparar doença ocupacional a

acidente pessoal para fins de IPA, apontando como paradigmas o AgInt no AREsp 927.081/MG, o REsp 1.825.716/SC e os Recursos Especiais repetitivos 1.874.788/SC e 1.874.811/SC (Tema n. 1.112 do STJ), nos quais se firmou a tese de interpretação restritiva das coberturas de seguro e a atribuição exclusiva ao estipulante do dever de informação aos segurados.

Requer o provimento do recurso para que se reforme o acórdão recorrido, reconheça a impossibilidade de equiparar doença ocupacional a acidente pessoal, afirme a legitimidade da cláusula excludente de cobertura para doença ocupacional e atribua ao estipulante o dever de informação, julgando improcedente a ação; requer ainda o provimento do recurso para que se casse o acórdão dos embargos de declaração e se determine ao Tribunal de origem enfrentar expressamente as matérias e dispositivos legais prequestionados.

Não foram apresentadas contrarrazões, conforme a certidão de fl. 485.

O recurso especial foi admitido (fls. 487-494).

É o relatório.

VOTO

A controvérsia diz respeito à ação de cobrança de indenização securitária em que a parte autora pleiteou o pagamento do capital segurado por invalidez permanente por acidente.

Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos, condenou a seguradora ao pagamento de indenização securitária proporcional, fixando o montante em R\$ 25.000,00, com correção monetária pelo IGPM/FGV desde a contratação e juros de 1% ao mês desde a citação, reconheceu sucumbência recíproca e fixou honorários advocatícios em 10% para cada parte (fls. 294-304).

A Corte estadual manteve integralmente a sentença, negando provimento à apelação da seguradora, assentando a equiparação da doença agravada pelo trabalho a acidente de trabalho para fins de cobertura e a aplicação da Tabela SUSEP para indenização proporcional, e fixou honorários recursais de 2% sobre o valor da condenação (fls. 362-372).

I - Art. 1.022, I, II, do Código de Processo Civil

Afasta-se a alegada ofensa aos arts. 489, § 1º, IV e VI, e 1.022, II, do Código de Processo Civil, visto que a Corte de origem examinou e decidiu, de modo claro, objetivo e fundamentado, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

Esclareça-se 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.

No caso dos autos, o Tribunal de origem analisou e decidiu de forma fundamentada as questões essenciais ao deslinde da causa: (a) reconhecimento de que a invalidez parcial e permanente do segurado, decorrente de doença agravada pelo exercício da atividade laboral, configura concausa equiparável a acidente de trabalho, ensejando a cobertura securitária; (b) declaração de nulidade da cláusula contratual que excluía a cobertura de doenças profissionais, por abusividade e afronta às normas protetivas do consumidor; (c) definição de que, em contratos de seguro de vida coletivo, incumbe ao estipulante o dever de informação acerca das cláusulas restritivas, nos termos da tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema 1.112; (d) fixação de que a indenização securitária deve observar a graduação do grau de invalidez, conforme previsão contratual e aplicação da tabela da SUSEP.

Ademais, não se verifica violação ao art. 1.022 do CPC, pois os embargos de declaração foram devidamente apreciados e fundamentados, tendo o Tribunal de origem enfrentado, de maneira coerente e suficiente, todos os pontos suscitados, ainda que o resultado não tenha sido favorável à parte recorrente.

Dessa forma, não há falar em negativa de prestação jurisdicional, omissão, contradição ou obscuridade, uma vez que o acórdão recorrido e a decisão dos embargos de declaração encontram-se suficientemente motivados, em consonância com o art. 93, IX, da Constituição Federal.”

II - Arts. 436, parágrafo único e 801 do Código Civil; 46 e 47 do CDC; art. 373, I do CPC e 21, §2º da Lei nº 8.374/91 (Dec Lei 73/1966)

Já se decidiu que na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre.

Esse é o entendimento da 2ª Seção do STJ, consoante julgado sob o rito de recurso especial repetitivo (Tema 1.112/STJ):

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)

II - Arts. 757 e 760 do Código Civil e 47 do CDC

Do acórdão recorrido se extrai que *"Na apólice, consta cláusula que prevê a quantia de até R\$ 400.000,00, , em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, assim como que as condições gerais do seguro, protocoladas pela seguradora junto à Susep, estão disponíveis no site, de acordo com o número de processo constante da apólice.ficou assentado no julgamento "* (fl. 364, destaquei.)

E, mais adiante, o Tribunal de origem equiparou a doença profissional à acidente pessoal: *"Quanto à natureza das lesões, tenho compartilhado do entendimento de que as moléstias provenientes ou agravadas pelo exercício da profissão, tais como as sofridas pela parte autora, ora apelada, caracterizam-se como acidente pessoal, pois invalidam a pessoa no mesmo grau de intensidade de um acidente ocorrido abruptamente, não sendo a surpresa elemento essencial para o seu reconhecimento."*(fl. 366).

Contudo, a jurisprudência desta Corte Superior orienta que a modalidade de seguro IPA (invalidez por acidente pessoal) não estende sua cobertura à doença profissional. Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA.

NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO VERIFICADA . DEVER DE INFORMAÇÃO QUANTO ÀS CONDIÇÕES DA APÓLICE QUE DEVEM SER OBSERVADAS PELA ESTIPULANTE. IMPOSSIBILIDADE DE EQUIPARAÇÃO ENTRE DOENÇA PROFISSIONAL E ACIDENTE PESSOAL. LIMITES DA APÓLICE.

[...]

2. Na modalidade de contrato de seguro de vida coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo segurável (estipulação própria), a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice mestre (REsp n. 1 .874.788/SC, relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Segunda Seção, julgado em 2/3/2023, DJe de 10/3/2023) .

3. A jurisprudência desta Corte orienta que a modalidade de seguro invalidez por acidente pessoal não estende sua cobertura à invalidez por doença . Da mesma forma, a cobertura para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não pode ser acionada quando houver incapacidade decorrente de doença que não cause a perda da existência independente do segurado.

4. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 1.923.355/SC, relator Ministro MOURA RIBEIRO, Terceira Turma, julgado em 22/05/2023, DJe de 24/05/2023.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL E FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. NÃO OCORRÊNCIA. DEVER DE INFORMAÇÃO DA ESTIPULANTE. PRECEDENTES. DOENÇA PROFISSIONAL E ACIDENTE PESSOAL. AUSÊNCIA DE EQUIPARAÇÃO. ACÓRDÃO EM CONSONÂNCIA AO POSICIONAMENTO DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. FALTA DE COBERTURA SECURITÁRIA. CONCLUSÃO FUNDADA NA APRECIÇÃO DOS TERMOS CONTRATUAIS. SÚMULA 5/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

[...]

3. O posicionamento da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que a modalidade de seguro IPA (Invalidez por Acidente Pessoal) não estende sua cobertura à doença profissional. (AgInt no AREsp n. 1.704.681/SC, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/3/2022, DJe de 24/3/2022.)

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.

[...]

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).

Dessa forma, não é possível a interpretação ampliativa dos termos da apólice.

III - Divergência jurisprudencial

Diante do resultado acima, fica prejudicada a análise do alegado dissídio jurisprudencial.

VI - Conclusão

Ante o exposto, **conheço em parte do recurso especial e, nessa extensão, dou provimento para julgar improcedente o pedido, invertendo-se os ônus sucumbenciais.**

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

REsp 2.170.048 / MS
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0346435-2

Número de Origem:

08000733320198120043 0800073332019812004350001 8000733320198120043

Sessão Virtual de 24/03/2026 a 30/03/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA SOARES CAMELO CORDIOLI

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL

ADVOGADO : PAULO ANTÔNIO MÜLLER - MS025950

RECORRIDO : ERINALDO RIBEIRO PINTO

ADVOGADO : DONALD DE DEUS RODRIGUES - MS016558

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 24/03/2026 a 30/03/2026, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso e, nessa parte deu-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 30 de março de 2026