

Apelação Cível n. 0008987-74.2013.8.24.0018, de Chapecó
Relatora: Desembargadora Maria do Rocio Luz Santa Ritta

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. PRETENDIDO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE DE CÔNJUGE DO SEGURADO PRINCIPAL. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. HIPÓTESE DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE POR DOENÇA. COBERTURA NÃO CONTRATADA. IMPOSSIBILIDADE, ADEMAIS, DE EQUIPARAÇÃO À ACIDENTE PESSOAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. ART. 757 DO CÓDIGO CIVIL. OBSERVÂNCIA AOS ARTS. 11, 15 E 17 DA CIRCULAR N. 302/2005 DA SUSEP C/C ART. 5º, I DA RESOLUÇÃO N. 117/2004 DO CNSP. PRECEDENTES DESTA CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA INDEVIDA. RECURSO DESPROVIDO.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível n. 0008987-74.2013.8.24.0018, da comarca de Chapecó (1ª Vara Cível) em que é Apelante Lorenice Terezinha Soccol Peruzzo e Apelado Itaú Seguros S/A:

A Terceira Câmara de Direito Civil decidiu, por unanimidade, negar provimento ao recurso. Custas legais.

O julgamento, realizado nesta data, foi presidido pelo Exmo. Sr. Des. Fernando Carioni, com voto, e dele participou o Exmo. Sr. Des. Saul Steil.

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2018.

Desembargadora Maria do Rocio Luz Santa Ritta
RELATORA

RELATÓRIO

Lorenice Terezinha Soccol Peruzzo ajuizou *ação de cobrança* contra Itaú Seguros S/A. Como causa de pedir relata que foi afastada do trabalho em 2012 e aposentada em 2014 em virtude de patologias na coluna, quadril e membros superiores, estando inválida para o exercício de atividades laborativas. Diante disso, aduz que tem direito ao recebimento da indenização securitária contratada em nome de Milton Alberto Peruzzo, por se enquadrar na cobertura invalidez permanente por acidente do cônjuge do segurado principal.

Processado e instruído o feito, sobreveio sentença que julgou improcedente o pedido formulado pela autora e, ainda, condenou-a ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios em favor da parte contrária, estes fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa (fls. 215-218).

Irresignada, a demandante interpôs recurso de apelação, repisando os argumentos trazidos em sua inicial, no sentido de que a doença profissional equipara-se à acidente pessoal para fins de cobertura.

Após as contrarrazões, ascenderam os autos a este Sodalício.

Vieram os autos conclusos.

VOTO

Cuida-se de apelação cível interposta em face de sentença que julgou improcedente o pedido inicial nos autos da ação de cobrança de seguro proposta por Lorenice Terezinha Soccol Peruzzo em desfavor de Itaú Seguros S/A, com o intuito de perceber o pagamento do prêmio previsto para invalidez permanente por acidente do cônjuge.

Ab initio, ressalta-se que o apelo não merece prosperar, porém por fundamento diverso do propalado no juízo *a quo*. Explica-se.

Exprimem os autos que o marido da demandante, Sr. Milton Alberto

Peruzzo, por intermédio da empresa Sadia S/A, na qual trabalha, celebrou contrato de seguro de vida em grupo com a seguradora apelante, tendo sido contratadas as seguintes coberturas: morte; morte accidental; invalidez funcional permanente por doença; assistência funeral de familiar; morte de cônjuge; morte accidental de cônjuge; invalidez permanente por acidente de cônjuge; morte de filhos (fl. 123).

No decorrer de suas atividades laborais, a autora relatou que passou a apresentar diversos problemas de saúde, como sérias lesões na coluna, quadril e membros superiores, estando afastada do trabalho em 2012, culminando em sua aposentadoria por invalidez já no ano de 2014 (fl. 209), após o ajuizamento da presente *actio*.

Com efeito. Estabelece o art. 757 do Código Civil que o contrato de seguro consiste em uma obrigação de garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoas ou coisas, mediante o pagamento de prêmio e contra riscos predeterminados na apólice ou bilhete. Por obviedade, o segurado busca proteger-se de contingências que porventura venham a ocorrer e, assim sendo, seu interesse residirá no pagamento, pela seguradora, dos prejuízos suportados.

É claro que o contrato de seguro limitar-se-á à cobertura de determinados eventos, até mesmo para se estabelecer o valor do prêmio a ser pago pelo segurado e a cobertura ministrada pela seguradora. Mas, para além disso, a contratação de alguns eventos em detrimento de outros também se dá no objetivo de limitar a obrigação da seguradora e, com isso, não funcionar como uma guardiã de todo e qualquer infortúnio – sem se afastar, todavia, do interesse do segurado.

Outrossim, a melhor doutrina tem perfilhado do entendimento de conferir interpretação restritiva aos contratos de seguro, sobretudo para emprestar maior segurança contratual para a seguradora e, de outra banda, evitar a busca insaciável por indenizações sem alicerce algum. Nesse sentido, aponta Arnaldo Rizzardo que "os riscos assumidos pelo segurador são

exclusivamente os assinalados na apólice, dentro dos limites por ela fixados, não se admitindo a interpretação extensiva, nem analógica" (*in Contratos*. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 826).

Tudo isso se dá, sem sombra de dúvidas, para o fim de garantir maior proteção à relação negocial travada entre as partes, bem como para manter o equilíbrio contratual. Pretende-se fazer do negócio jurídico, quando da pactuação do trato, âmbito harmônico e de realização da vontade manifestada pelas partes (art. 112 do CC).

Não por outro motivo, aliás, que a Superintendência de Seguros Privados, órgão ligado ao Ministério da Fazenda e responsável em fiscalizar os contratos de seguros, editou a Circular n. 302/2005 para dispor sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas. E assim o fez, ao prever em seu Capítulo II, "Dos Riscos Cobertos", dentre outras, as coberturas de a) *Invalidez Permanente por Acidente*; b) *Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença*, e; c) *Invalidez Funcional Permanente Total por Doença*.

Essa diferenciação veio a cabo com o intuito de emprestar maior transparência ao conceito de invalidez, bem como de prevenir a confusão comumente ocorrida entre invalidez para fins de seguro privado e para fins de seguro social.

Extrai-se do conceito de *Invalidez Permanente por Acidente*:

Art. 11. A cobertura de **invalidez permanente por acidente** garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causado por **acidente pessoal coberto**.

Em complementação à aludida regra, a Resolução n. 117/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados, órgão também ligado ao Ministério da Fazenda, assim conceitua acidente pessoal:

Art. 5. Considerar-se-ão, para efeitos desta Resolução, os conceitos abaixo:

I – **acidente pessoal**: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física,

que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

[...]

b) **excluem-se desse conceito:**

b.1) as doenças, **incluídas as profissionais**, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

[...]

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo.

As definições acima estão, inclusive, repetidas nas condições gerais do seguro de vida, na cláusula 4 (fl. 92).

De outro lado, a *Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença*, consoante preceitua o art. 15, § 1º da Resolução n. 302/2005 da SUSEP, é a “[...] doença aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **para a atividade laborativa principal do segurado**”.

Por derradeiro, e não menos importante para o debate, a *Invalidez Funcional Permanente Total por Doença* consiste naquela que causa a perda da existência independente do segurado, considerando-se como “[...] a ocorrência de quadro clínico incapacitante que **inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado** [...]”, nos termos do que preceitua o art. 17, *caput* e § 1º da Resolução n. 302/2005 da SUSEP, bem como da cláusula 4 das condições gerais da apólice contratada (fl. 95).

Elaborados tais esclarecimentos, adentra-se na análise do pleito recursal.

Conforme descrito na petição inicial, a autora sofre de discopatia cervical em C5-C6-C7, já operada, contratura do trapézio, artrose na articulação acrômio clavicular e tendinite muito leve no ombro direito (fl. 175), patologias que, por si só – embora tenham resultado na concessão de sua aposentadoria pelo

INSS (fl. 209) –, não lhe retira o exercício pleno das atividades cotidianas.

Nesse sentido, foram as respostas da perícia designada pelo Juízo de primeiro grau aos quesitos apresentados pela seguradora:

5. A autora está apta para realizar suas atividades de vida diária relacionadas a conectividade, ou seja, é capaz de promover de forma autônoma os cuidados pessoais (higiene pessoal, dirigir-se ao banheiro, tomar banho, vestir, escovar os dentes), a auto-suficiência alimentar (preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos) e hábitos fisiológicos (asseio pessoal)? **R:** *Sim.*

6. A autora apresenta-se hígida, capaz de livre movimentação, possuindo condições clínicas que lhe permitam desempenhar suas tarefas normais de vida diária? [...] **R:** *Encontra-se limitada para realizar atividades que demandem esforço repetitivo e intenso em membros superiores bem como manter posturas por tempo longo para a região cervical.*

[...] (fl. 175).

E também aos quesitos da parte acionante:

2. Em virtude das patologias constatadas a parte autora encontra-se incapacitada para o exercício do trabalho em relação à atividade que exercia e não no que se refere a toda e qualquer outra atividade profissional? **R:** *Encontra-se incapacitada para realizar atividades que demandem esforço repetitivo em membros superiores e flexão de coluna cervical.*

3. A incapacidade é permanente parcial ou permanente total? **R:** *Permanente e parcial para atividades que demandem esforço repetitivo em membros superiores e flexão de coluna cervical.*

[...]

6. Houve nexo causal? **R:** *Seu quadro é decorrente de todo o seu histórico laboral, associado a degeneração natural das estruturas envolvidas* (fl. 176).

Com efeito, embora acometida de lesão permanente, tem-se que o laudo apontou a existência de redução parcial ante a limitação dos movimentos dos membros superiores.

Também é possível verificar que o perito foi claro ao atestar que a lesão sofrida pela autora não a incapacitou totalmente para a vida em comum – parâmetro sobre o qual repousa a invalidez total e permanente. Não está, pois, a recorrente a necessitar de ajuda de terceiros para a prática das tarefas diárias (hipótese de IFPD). Ao contrário, ainda que não se olvide da dificuldade das restrições que acometeram seus movimentos, a autora permanece com o restante de suas funções anatômicas independentes.

Em contrapartida, infere-se que o segurado principal, cônjuge da ora apelante, somente contratou as coberturas por morte, invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez funcional permanente e total por doença, estendendo-se ao cônjuge apenas as duas primeiras (fls. 123).

Destaca-se que o contrato exclui a cobertura por invalidez funcional permanente por doença ao cônjuge (segurado-dependente), compreendendo, tão somente, a invalidez derivada de acidente típico.

Importante também essa distinção porquanto, em se tratando de restrição apenas para a atividade laborativa principal da apelante, e não tendo o segurado principal contratado a cobertura de *Invalidez Laborativa Permanente por Doença (ILPD)* – nem mesmo em seu favor –, a indenização não lhe é devida.

Assim, nos termos em que regulamentado pelas normativas acima descritas, somente seria devida a indenização securitária caso se comprovasse que a incapacidade da autora decorreu de acidente pessoal, exclusivo e diretamente externo, súbito e involuntário.

Porém, conforme visto, não foi esse o caso dos autos. Ora, não se pode cogitar o enquadramento da invalidez da apelante no evento Invalidez Permanente por Acidente (IPA).

Isso porque, em pese julgados anteriores em sentido diverso, a virada no entendimento jurisprudencial deu-se em razão das normativas aplicáveis do CNSP (Resolução n. 117/2004) e da SUSEP (Circular n. 302/2005), e em atenção aquilo que foi contratado pelas partes, não podendo mais a doença ocupacional ser equiparada ao conceito de "acidente pessoal" previsto nos contratos de seguro de pessoas (cf. TJSC, AC n. 0008657-43.2014.8.24.0018, Rel. Des. Saul Steil, j. em 15-8-2017).

Nesse sentido, brilhantes as ponderações do Exmo. Sr. Des. Marcus Túlio Sartorato, na relatoria de feito que tratava de matéria idêntica, submetido à apreciação deste Órgão Colegiado:

Nesse novo cenário, praticamente todos os contratos de seguro de pessoas em grupo, redigidos no padrão do CNSP e da SUSEP, passaram a prever expressamente que as doenças profissionais não poderiam ser enquadradas no conceito de acidente pessoal. A partir de então, ignorar esse fator, mantendo aquela antiga equiparação mesmo nesse novo contexto, tornou-se uma ingerência indevida do Poder Judiciário não só na liberdade contratual das partes – que negociam as coberturas que desejam ou não incluir no contrato e, com base nelas, calculam a delicada relação securitária prêmio-risco – como também na competência das agências governamentais destinadas a regular esses contratos, as quais excluía normativamente a possibilidade de tal equiparação.

[...]

Assim, inexoravelmente, tais contratos devem ser interpretados de modo restritivo, uma vez que ampliar por via interpretativa os riscos predeterminados do contrato de seguro seria o mesmo que indeterminá-los, descaracterizando, assim, a essência do contrato, e desequilibrando a relação risco-prêmio que se encontra no fundamento do pacto securitário [...].

Ressalta-se que a interpretação restritiva dos contratos de seguro é plenamente compatível com a proteção ao consumidor [...].

Esse raciocínio certamente não impede que se reconheça eventual abusividade nas cláusulas contratuais. Contudo, tal reconhecimento dependerá da constatação de alguma das condições previstas no art. 51 do Código de Defesa do Consumidor, isto é, da demonstração, no caso concreto, da existência de situação extrema que demande intervenção por parte do Poder Judiciário naquele contrato, a fim de proteger o consumidor. Afinal, nem toda cláusula restritiva é abusiva [...] (AC n. 0301219-39.2014.8.24.0034, j. em 4-4-2017).

A alegada afronta ao Código de Defesa do Consumidor, por excluir do conceito de acidente pessoal a doença ocupacional, igualmente não subsiste no caso em tela. A propósito:

Vale registrar que não se mostra abusiva tal exclusão/limitação, pois decorre da liberdade de contratar, inerente ao nosso sistema, já que insofismavelmente a estipulante não optou por oferecer tal cobertura aos cônjuges de seus funcionários. De fato, em hipóteses deste jaez, as coberturas estipuladas contratualmente guardam estrita correlação com os prêmios que a empregadora se propõe a pagar em benefício dos seus empregados e sua família, assim também proporção com os descontos promovidos mensalmente nos vencimentos destes (fls. 22-24), além do que, não se pode perder de vista que essa espécie de avença, na sua essência, tem caráter eminentemente civil e não previdenciário, não sendo possível, nesse contexto, cogitar ser a cláusula em questão abusiva (CDC, art. 51, IV, e § 1º) (Apelação n. 0003505-48.2013.8.24.0018, Rel. Des. Luiz Felipe Schuch, j. em 17-10-2016).

Dito isso, não há o que ser indenizado.

Destarte, mantém-se a improcedência o pedido lançado na petição

inicial.

Em razão da sucumbência recursal, condena-se a recorrente ao pagamento de honorários advocatícios em favor do causídico da seguradora, acrescendo-se ao montante já arbitrado em sentença o importe correspondente a 5% (cinco por cento) sobre o valor da causa.

No entanto, tendo em vista que a apelante postula sob o pálio da justiça gratuita (fl. 39) a cobrança fica suspensa, nos moldes do art. 12 da Lei n. 1.060/50, vigente à época da concessão.

Diante do exposto, o voto é pelo desprovimento do recurso.