



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000312121

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001845-02.2023.8.26.0695, da Comarca de Nazaré Paulista, em que é apelante ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A., é apelado DARTAGNAN APARECIDO DE MORAES (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 29ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores NETO BARBOSA FERREIRA (Presidente), SILVIA ROCHA E FABIO TABOSA.

São Paulo, 31 de março de 2025.

NETO BARBOSA FERREIRA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

COMARCA: Nazaré Paulsita – Vara Única
APTE.: Dartagnan Aparecido de Moraes
APDO.: Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S/A
JUÍZA: Patrícia Alcalde Varisco
29ª Câmara de Direito Privado

VOTO Nº 17.618

***EMENTA:** Ação de cobrança de indenização securitária c.c. indenização por danos morais – Sentença de procedência – Apelo da ré – CDC – Aplicabilidade – Contudo, o fato da incidência da legislação consumerista à espécie, não beneficia o apelado. Como cediço, o contrato de seguro é ajuste por meio do qual o segurador assume obrigação de pagar ao segurado certa indenização, caso o risco a que está sujeito o segurado, futuro, incerto e especificamente previsto, venha a se realizar. E, em se tratando de contrato de seguro de vida em grupo (caso dos autos, como dá conta a leitura da proposta), cuja estipulação é feita em favor de terceiro, três são as partes interessadas, quais sejam: (i) a estipulante, responsável pela contratação com o segurador; (ii) o segurador, que garante os interesses com a cobertura dos riscos especificados; e (iii) o segurado. Outrossim, dúvida não há de que o estipulante atua como mandatário do segurado, isto é, investido nos poderes de representação do segurado perante as sociedades seguradoras, ex vi do que dispõem o art. 21 do Decreto-Lei nº 73/1966, art. 1º. da Resolução n. 41/202000 do CNSP e art. 1º. do CNSP. Disso decorre o entendimento de que todas as diretrizes do seguro de vida em grupo ou coletivo (caso dos autos) foram tratadas com o estipulante. Bem por isso, não colhe êxito a discussão armada pelo apelado, de que não foi informado acerca do rol taxativo de Doenças Graves, constante das Condições Gerais de Seguro. Tendo em conta o princípio da transparência e informação, o C. Superior Tribunal de Justiça vem entendendo que a proposição em relação ao dever de informação da seguradora deve ser lida no sentido de que cabe à seguradora sempre esclarecer previamente o consumidor, no caso de contrato de seguro individual, e ao estipulante, no caso de seguro em grupo*

sobre os produtos que oferece, inclusive no que pertine ao tipo de cobertura contratada e as suas consequências. In casu, o estipulante foi o Banco Santander (Brasil) S/A. Logo, dúvida não há de que a alegação de eventual falha ou defeito quanto à prestação de serviços e, evidentemente, as informações relativas aos termos da contratação devem ser contra ela direcionadas. No mais, analisada a situação sobre outro enfoque, a irresignação não colheria êxito. De fato, ao tratar do evento “Doenças Graves”, as Condições Gerais do Seguro, assim dispõe: “Para efeito deste seguro são consideradas doenças graves”: I - DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO); II – Doenças Cardiológicas; III – Doenças Neurológicas; IV – Doença de Alzheimer; V – Doença de Parkinson; VI – Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); VII – Transplantes de Órgãos Vitais; VIII – Insuficiência Renal Crônica. Tal rol, sem dúvida alguma é taxativo, e dele não consta o mal ou doença sofrida pelo autor. Sustenta o apelado, embora em outras palavras, que nunca teve acesso a tal rol de doenças graves, previsto nas Condições Gerais do Seguro. Tal alegação não procede. Com efeito, a Proposta de Seguro, carreada aos autos pelo próprio demandante (apelado), é expressa e clara, ao consignar, que o autor, ao celebrar o contrato, declarou “que tomei conhecimento prévio das condições gerais do seguro, com as quais concordo integralmente”. Consigne-se que tal cláusula está em destaque suficiente, o que permitia o autor dela tomar conhecimento, quando da apresentação da proposta, mediante leitura integral do documento. Mais; do mesmo documento consta que “As condições gerais e demais informações contratuais deste produto estão disponibilizadas em www.santander.com.br”. Outrossim, por tratar-se de contrato de seguro em grupo empresarial, o estipulante se obrigou contratualmente a “fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro”. Ou seja, a despeito do quanto alegado pelo autor, os documentos carreados aos autos, por ele mesmo, evidenciam não só que ele estava ciente do teor das Condições Gerais e Especiais do Seguro e, mais, ainda, do canal disponibilizado para acessar o documento. Mais; ciente também estava o estipulante. Nessa toada, carece de verossimilhança a alegação trazida em sede recursal, no sentido de que o autor/apelado não teria sido previamente informada acerca dos termos da contratação, em especial, do rol taxativo das doenças graves. Em suma, a conclusão que se impõe é a de que a discussão armada pelo autor/apelado acerca da violação, pela ré/apelante, do princípio da transparência e informação, não merece guarida. Com efeito, apesar da incidência do CDC à espécie, tal fato não beneficia o apelado nos termos pretendidos, máxime quando demonstrado que a

estipulante da contratação que é quem, em tese, deveria fornecer todas as informações do seguro ao autor, sequer participa desta ação. Destarte de rigor o acolhimento do recurso, para julgar improcedente a ação. Realmente, forçoso convir que a negativa da suplicada, ora apelante, em pagar a indenização securitária nos termos pretendidos pelo autor/apelado, constituiu exercício regular de um direito. De fato, na medida em que observados os termos da contratação. – Recurso provido.

Vistos.

O Juízo a quo pela r. sentença de fls. 365/370, julgou procedente a ação de cobrança de indenização securitária c.c. indenização por danos morais, movida por **DARTAGNAN APARECIDO DE MORAES** contra **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**.

Em consequência, condenou a ré ao “pagamento do seguro de vida por doenças graves no valor de R\$ 91.987,27 (fl. 27), com correção monetária pela tabela prática do TJSP desde a data de aviso do sinistro e juros de mora de 1% desde a citação, e danos morais de R\$ 6.000,00, quantia a ser corrigida monetariamente pela Tabela Prática do E.TJSP a contar da publicação desta e com juros de mora de 1% ao mês desde a negativa, nos termos da Súmula 54 do C. STJ”.

Sucumbente a requerida foi condenada ao pagamento das custas do processo e honorários advocatícios, fixados em 10% do valor da condenação.

Asseverou a I. Julgadora de Primeiro Grau:

“(.) A matéria debatida nos autos é estritamente de direito e não demanda a produção de prova pericial, eis que não é controverso o fato de o autor ser portador de Retinopatia Diabética proliferativa, mas sim a legalidade da existência de rol taxativa de doenças e a prévia ciência do autor acerca de tal cláusula. Assim, indefiro a realização de perícia pretendida pela ré. Portanto, o feito em questão comporta o julgamento antecipado, nos termos do artigo 355, I, do Código de Processo Civil. No presente caso, mostra-se cabível a aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que restou plenamente demonstrada a relação consumerista envolvendo o autor e a seguradora requerida, sendo essa última enquadrada no conceito de fornecedor, previsto no artigo 3º, parágrafo segundo, do CDC, enquanto o autor deve ser compreendido como consumidor do serviço prestado. Nesse sentido, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas, segundo o artigo 47 do referido diploma legal, à maneira mais favorável ao consumidor. Trata-se de ação pela qual busca o autor a condenação da ré em proceder o pagamento da indenização prevista em contrato de seguro de vida, apólice n. 114218, com vigência de 18.10.2022 a 18.10.2023, relativa à cobertura para doenças graves. A relação contratual, a vigência do contrato de seguro e a doença que acomete o autor são incontroversas. Em verdade, a seguradora resiste à

pretensão ao fundamento de que a doença da qual o autor é portador não se enquadra no rol taxativo da cobertura de “doenças graves”, o que excluiria sua obrigação indenizatória. Com efeito, o negócio jurídico pactuado prevê, no certificado entregue ao requerente, cobertura para invalidez permanente total ou parcial para acidente, morte, indenização adicional por morte acidental, doença terminal, doenças graves e auxílio funeral familiar (fl. 27), sem qualquer indicação de rol, seja exemplificativo, seja taxativo, de doenças graves. Entretanto, no documento de fls. 284/321, juntado pela requerida, constam os riscos cobertos, limitando o pagamento da indenização somente às doenças consideradas graves e ali elencadas, em claro rol taxativo. Pois bem. O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 54, § 4º, determina que, em se tratando de cláusulas restritivas de direito, o fornecedor do serviço ou produto deve dar a ela especial destaque, de forma a permitir imediata e fácil compreensão. Ademais, é direito do consumidora informação adequada, conforme dispõe o artigo 6º, inciso III, do referido dispositivo, in verbis: Art. 6º São direitos básicos do consumidor: (...) III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo. (...) § 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão. Ocorre que o certificado afirma (fl. 30) que a cobertura de doenças graves garante ao segurado indenização adicional em vida de 10% (dez por cento) do valor contratado para cobertura de morte, caso seja diagnosticado com doença grave, comprovando à seguradora por meio de declaração médica. Veja-se que no documento entregue ao autor não há qualquer menção à limitação de doenças graves ou indicação da existência do rol nas cláusulas gerais (que, diga-se de passagem, a requerida não comprovou a efetiva entrega ao segurado) Não se pode olvidar que é com base no certificado apresentado pela seguradora que o segurado escolhe realizar ou não a contratação, de forma que exigir a leitura de mais de 30 páginas sem que o documento principal faça qualquer referencia a tal necessidade viola o direito básico à informação do consumidor. E, nesse sentido, os relatórios médicos apresentados pelo autor (fls. 53) demonstram que o agravamento da doença Retinoplastia Diabética que possuía lhe causou a perda quase total de visão dos dois olhos, tornando-o inválido de forma permanente. Nessa seara, uma vez demonstrado que o segurado foi diagnosticado com uma doença considerada grave, a falta de informação adequada, decorrente da negligência da requerida, criou expectativa, no consumidor hipossuficiente, da cobertura integral no caso de doenças graves. Assim, conforme dispõe o artigo 46, do Código de Defesa do Consumidor, de rigor a declaração de ineficácia da referida cláusula restritiva do direito do consumidor em face do seguro contratado. Dessa forma, devido ao autor à indenização securitária pleiteada, relativamente à apólice nº . 114218 referente a 10% (dez por cento) do valor contratado para cobertura de morte, no total de R\$ 91.987,27 (fl. 27), com correção monetária pela tabela prática do TJSP desde a data de aviso do sinistro e juros de mora de 1% desde a citação. Quanto à configuração do dano moral, cumpre destacar o que ensina o Mestre Sérgio Cavalieri Filho “só deve ser reputado

como dano moral a dor, vexame, sofrimento ou humilhação que, fugindo à normalidade, interfira intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar. Mero dissabor, aborrecimento, mágoa, irritação ou sensibilidade exacerbada estão fora da órbita do dano moral, porquanto, além de fazerem parte da normalidade do nosso dia-a-dia, no trabalho, no trânsito, entre os amigos e até no ambiente familiar, tais situações não são intensas e duradouras, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo. Se assim não se entender, acabaremos por banalizar o dano moral, ensejando ações judiciais em busca de indenizações pelos mais triviais aborrecimentos” (in Programa de Responsabilidade Civil, 7ª edição, ed. Jurídico Atlas, p. 80). No caso concreto, o autor teve negada cobertura securitária que lhe auxiliaria na subsistência diária diante de sua incapacidade permanente devido a perda quase que completa nos dois olhos, de forma que resta evidente o abalo moral causado, não podendo se considerar ter havido mero descumprimento contratual. Configurado o dano moral, resta que se verifique o montante indenizatório correspondente. “A indenização por dano moral é arbitrável mediante estimativa prudencial que leve em conta a necessidade de, com a quantia, satisfazer a dor da vítima e dissuadir, de igual e novo atentado, o autor da ofensa” (RJTJESP 156/94 e RT 706/67). E como deve haver uma relação de proporcionalidade entre o dano sofrido e a punição para que o réu se acautele em casos como tais, entendo que o valor indenizável, para sua composição, sem representar enriquecimento ilícito por parte da autora, deve ser fixado no valor equivalente seis mil reais. Ante o exposto, PROCEDENTE o pedido para o fim de condenar o requerido ao pagamento do seguro de vida por doenças graves no valor de R\$ 91.987,27 (fl. 27), com correção monetária pela tabela prática do TJSP desde a data de aviso do sinistro e juros de mora de 1% desde a citação, e danos morais de R\$ 6.000,00, quantia a ser corrigida monetariamente pela Tabela Prática do E.TJSP a contar da publicação desta e com juros de mora de 1% ao mês desde a negativa, nos termos da Súmula 54 do C. STJ. Condeno o réu a pagar as custas e despesas processuais e os honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor da condenação (artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil).”

Inconformada, a ré apelou (fls. 373/388).

Após relato dos fatos e fundamentos da lide, asseverou que não existe cobertura securitária para a doença da qual padece o autor.

Realmente, tal doença, qual seja, Retinopatia Diabética Proliferativa, “*não se encaixa no rol taxativo de doenças graves inseridas no contrato de seguro, consoante cláusula 3.3.3.2 das Condições Gerais*” (sic – fls. 376).

Outrossim, a ausência de doença grave foi constada quando da perícia médica, realizada na regulação do sinistro.

No que tange à falta de informação referida pelo Juízo a quo, pontua que na proposta de seguro o apelado, no item 8, declarou que “*teve pleno conhecimento das condições gerais, concordando integralmente com elas*” (sic – fls. 382).

Acrescenta que não houve abusividade de sua parte, quando da contratação.

Pelo contrário, atuou em estrita obediência, a quanto determina a SUSEP.

Questiona por fim, a ocorrência de danos morais, na espécie, na medida em que a recusa administrativa ao pagamento de indenização securitária, não enseja danos morais.

Finaliza, batendo-se pelo provimento do recurso, para que a r. sentença seja inteiramente reformada, e a ação julgada improcedente.

Recurso tempestivo e preparado (fls. 389/390; 404).

Contrarrazões às fls. 394/403.

É o relatório.

Presentes os requisitos intrínsecos e extrínsecos de admissibilidade, de rigor o conhecimento do recurso.

Trata-se de ação de cobrança securitária c.c. indenização por danos morais ajuizada por Dartagnan Aparecido de Moraes em face de Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S/A.

Insiste o autor, em síntese, que a negativa administrativa de pagamento da indenização securitária, não tem razão de ser.

Com efeito, dentre as coberturas contratadas, como se vê da proposta inserida a fls. 76/79, encontra-se a das “DOENÇAS GRAVES” (sic).

O suplicante padece de Retinopatia Diabética Proliferativa, doença grave, segundo documentação inserida a fls. 53/62.

Destarte, faz jus à indenização reclamada, posto que seu mal se insere na cobertura contratada, qual seja, “*Doenças Graves*”.

O Juízo a quo julgou procedente a ação, o que ensejou a interposição de recurso pela ré.

Pois bem.

Preservada e respeitada a convicção da I. Julgadora de Primeiro Grau, a controvérsia merece solução diversa daquela constante da r. sentença.

Com efeito, e por proêmio, observo que a relação estabelecida entre as

partes é de consumo, por ser o autor destinatário final dos serviços prestados pela empresa ré, nos termos dos arts. 2º e 3º do CDC.

Assentada a aplicação da legislação consumerista à espécie, anoto, via de consequência, que a análise da demanda deve ser efetuada à luz da principiologia inerente ao sistema de proteção do consumidor, em especial os princípios da boa-fé, facilitação de defesa dos direitos, hipossuficiência e direito à informação.

Outrossim, e examinada a situação dos autos, a conclusão que se impõe é a de que é cabível na espécie, a inversão do ônus da prova, já que cumpridos os requisitos constantes do art. 6º, VIII do CDC, que, assim, dispõe: “São direitos básicos do consumidor: VIII- a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência”.

Com efeito, inegável a hipossuficiência e vulnerabilidade da parte autora perante a ré, pois, somente esta possui todas as informações técnicas e conhecimento dos serviços que oferecem.

Em outras palavras, a situação discutida *in casu* envolve prestação de serviços, pelo que, a incumbência relativamente ao ônus afigura-se mais fácil à demandada.

Nesse sentido é o magistério de Theotonio Negrão, José Roberto F. Gouvêa, Luis Guilherme A. Bondioli e João Francisco N. da Fonseca (in Código Processo Civil e legislação processual em vigor. 46ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014. pág. 476 e 477), no comentário do art. 333 do CPC de 1973, cujo correspondente no CPC, em vigor é o art. 373:

“A inversão ou não do ônus da prova, prevista no art. 6º, VIII, da Lei n. 8.078/90, depende da análise de requisitos básicos (verossimilhança das alegações e hipossuficiência do consumidor), aferidos com base nos aspectos fático-probatórios peculiares de cada caso concreto” (STJ-4ª T., REsp 284.995, Min. Fernando Gonçalves, j. 26/10/2004, DJU 22/11/2004).

Insta destacar, outrossim, que não obstante respeitáveis posicionamentos contrários, este relator entende que a inversão do ônus da prova prevista no art. 6º, inc. VIII, do CDC, é regra de julgamento e não de instrução.

Vale dizer: deve ser aplicada pelo Juízo, quando não mais houver meios para aclarar os fatos controvertidos, a fim de se evitar o *non liquet*.

Em outras palavras, dúvida não há de que a inversão do ônus não é automática.

Submete-se a critério do Juiz e depende de juízo de valoração acerca verossimilhança da alegação.

É certo que tal juízo de valoração é feito com base nos elementos de fato apresentados pelo autor na petição inicial, pelas rés na contestação e, ainda, por aqueles colhidos durante a fase de instrução.

Bem por isso, forçoso convir que a inversão do ônus, ante o que se tem na legislação consumerista, acontece no momento da prolação da sentença, por se tratar, como acima anotado, de regra de decidir ou regra de julgamento.

Nesse sentido é o magistério de Nelson Nery e Rosa Maria Andrade Nery, in Código de Processo Civil Comentado, 2ª ed., nota 21 ao art. 6º do CDC, pág.1659).

Invertido o ônus da prova, os elementos de convicção constantes dos autos, dão conta de que a ré/apelante logrou se desincumbir de seu ônus.

Realmente, verifica-se a fls. 76/80, que a bem da verdade, a modalidade de seguro contratada, foi a do seguro de vida em grupo.

Ressalte-se, outrossim, que tal seguro foi renovado, como se vê a fls. 27/28.

Como cediço, o contrato de seguro é ajuste por meio do qual o segurador assume obrigação de pagar ao segurado certa indenização, caso o risco a que está sujeito o segurado, futuro, incerto e especificamente previsto, venha a se realizar.

Realmente, outra não pode ser a interpretação do dispositivo contido no art. 757 do CC, *verbis*:

“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.”

Outrossim, tem-se que no contrato de seguro de vida em grupo, cuja estipulação é feita em favor de terceiro, caso dos autos, três são as partes interessadas, quais sejam: (i) a estipulante, responsável pela contratação com o segurador, que, in casu, foi o Banco Santander (Brasil) S/A – fls. 76 ; (ii) o segurador, que garante os interesses com a cobertura dos riscos especificados, que in casu, foi a seguradora Zurich Santander Brasil Segs e Prev S/A – fls. 76; e (iii) o segurado, usufrutuário dos benefícios, que assumem suas obrigações para com o estipulante – fls. 76.

Confira-se fls. 76, o item: DADOS DA PROPOSTA.

Além disso, por expressa disposição legal, a pessoa que figura como estipulante do contrato de seguro, atua como mandatária do segurado.

Com efeito, segundo o disposto no art. 21 do Decreto-Lei nº 73/1966,

verbis:

“Art 21. Nos casos de seguros legalmente obrigatórios, o estipulante equipara-se ao segurado para os efeitos de contratação e manutenção do seguro.

§ 1º Para os efeitos deste decreto-lei, estipulante é a pessoa que contrata seguro por conta de terceiros, podendo acumular a condição de beneficiário.

§ 2º Nos seguros facultativos o estipulante é mandatário dos segurados.

§ 3º O CNSP estabelecerá os direitos e obrigações do estipulante, quando for o caso, na regulamentação de cada ramo ou modalidade de seguro.

§ 4º O não recolhimento dos prêmios recebidos de segurados, nos prazos devidos, sujeita o estipulante à multa, imposta pela SUSEP, de importância igual ao dobro do valor dos prêmios por ele retidos, sem prejuízo da ação penal que couber. (Incluído pela Lei nº 5.627, de 1970)” (sic - https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0073.htm) (g.n.).

A Resolução n. 41/2000, do Conselho Nacional de Seguros Privados, em seu art. 1º., por sua vez, estabelece que o estipulante é *“a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras”* (www.susep.gov.br/setores-susep/cgeti/cosis/voto-2-estipulac387c383o-de-seguros-com-anexo..pdf/view?searchterm=Resoluçã%20n.%2041/2000) (g.n.).

De acordo com a Resolução do Conselho Diretor da Superintendência de Seguros Privados - CNSP nº 107/2004:

“Art. 1º Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos desta Resolução.

Parágrafo único. As apólices coletivas em que o estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora.” (g.n.).

Outrossim, segundo dispõe o parágrafo primeiro, do art. 801, do Código Civil: *“O estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.”*

Portanto, por expressa disposição legal, tem-se que a estipulante do contrato de seguro atua como mandatária do segurado.

Disso decorre o entendimento de que todas as diretrizes do seguro de vida em grupo ou coletivo (caso dos autos) foram tratadas com a estipulante.

Não por outra razão, aliás, e tendo em conta o princípio da transparência e informação, o C. Superior Tribunal de Justiça vem entendendo que a proposição

em relação ao dever de informação da seguradora deve ser lida no sentido de que cabe à seguradora sempre esclarecer previamente o consumidor, no caso de contrato de seguro individual, e ao estipulante, no caso de seguro em grupo sobre os produtos que oferece, inclusive no que pertine ao tipo de cobertura contratada e as suas consequências.

A propósito, confira-se excertos dos v. julgados que bem definem a questão:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA, COM BASE EM CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. CONTROVÉRSIA CONSISTENTE EM DEFINIR DE QUEM É O DEVER DE INFORMAR PREVIAMENTE O SEGURADO A RESPEITO DAS CLÁUSULAS RESTRITIVAS DE COBERTURA FIRMADA EM CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE QUE, NA CONDIÇÃO DE REPRESENTANTE DO GRUPO DE SEGURADOS, CELEBRA O CONTRATO DE SEGURO EM GRUPO E TEM O EXCLUSIVO DEVER DE, POR OCASIÃO DA EFETIVA ADESÃO DO SEGURADO, INFORMAR-LHE ACERCA DE TODA A ABRANGÊNCIA DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA. RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

1. A controvérsia posta no presente recurso especial centra-se em identificar a quem incumbe o dever de prestar informação prévia ao segurado a respeito das cláusulas limitativas/restritivas nos contratos de seguro de vida em grupo, se da seguradora, se da estipulante, ou se de ambas, solidariamente.

2. Ausência, até o presente momento, de uma deliberação qualificada sobre o tema, consistente no julgamento de um recurso especial diretamente por órgão colegiado do STJ, em que se concede às partes a oportunidade de fazer sustentação oral. A despeito dessa conclusão, é de se reconhecer que a questão vem sendo julgada por esta Corte de Justiça, com base, sem exceção, em um julgado desta Terceira Turma (Recurso Especial n. 1.449.513/SP), que não tratou, pontualmente, da matéria em questão, valendo-se de argumento feito, obter dictum, com alcance diverso do ali preconizado.

2.1 Necessidade de enfrentamento da matéria por esta Turma julgadora, a fim de proceder a uma correção de rumo na jurisprudência desta Corte de Justiça, sempre salutar ao aprimoramento das decisões judiciais.

3. Como corolário da boa-fé contratual, já se pode antever o quanto sensível é para a higidez do tipo de contrato em comento, a detida observância, de parte a parte, do dever de informação. O segurado há de ter prévia, plena e absoluta ciência acerca da abrangência da garantia prestada pelo segurador, especificamente quanto aos riscos e eventos que são efetivamente objeto da cobertura ajustada, assim como aqueles que dela estejam excluídos. Ao segurador, de igual modo, também deve ser concedida a obtenção de todas as informações acerca das condições e das qualidades do bem objeto da garantia, indispensáveis para a contratação como um todo e para o equilíbrio das prestações contrapostas.

4. Encontrando-se o contrato de seguro de vida indiscutivelmente sob o influxo do Código de Defesa do Consumidor, dada a assimetria da relação jurídica estabelecida entre segurado e segurador, a implementação do dever de informação prévia dá-se de modo particular e distinto conforme a modalidade da contratação,

se "individual" ou se "em grupo".

5. A contratação de seguro de vida coletivo dá-se de modo diverso e complexo, pressupondo a existência de anterior vínculo jurídico (que pode ser de cunho trabalhista ou associativo) entre o tomador do seguro (a empresa ou a associação estipulante) e o grupo de segurados (trabalhadores ou associados).

5.1 O estipulante (tomador do seguro), com esteio em vínculo jurídico anterior com seus trabalhadores ou com seus associados, celebra contrato de seguro de vida coletivo diretamente com o segurador, representando-os e assumindo, por expressa determinação legal, a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais perante o segurador.

5.2 O segurador, por sua vez, tem por atribuição precípua garantir os interesses do segurado, sempre que houver a implementação dos riscos devidamente especificados no contrato de seguro de vida em grupo, cuja abrangência, por ocasião da contratação, deve ter sido clara e corretamente informada ao estipulante, que é quem celebra o contrato de seguro em grupo.

5.3 O grupo de segurados é composto pelos usufrutuários dos benefícios ajustados, assumindo suas obrigações para com o estipulante, sobretudo o pagamento do prêmio, a ser repassado à seguradora.

6. É relevante perceber que, por ocasião da contratação do seguro de vida coletivo, não há, ainda, um grupo definido de segurados. A condição de segurado dar-se-á, voluntariamente, em momento posterior à efetiva contratação, ou seja, em momento em que as bases contratuais, especificamente quanto à abrangência da cobertura e dos riscos dela excluídos, já foram definidas pelo segurador e aceitas pelo estipulante. Assim, como decorrência do princípio da boa-fé contratual, é imposto ao segurador, antes e por ocasião da contratação da apólice coletiva de seguro, o dever legal de conceder todas as informações necessárias a sua perfectibilização ao estipulante, que é quem efetivamente celebra o contrato em comento.

Inexiste, ao tempo da contratação do seguro de vida coletivo e muito menos na fase pré-contratual qualquer interlocução direta da seguradora com os segurados, individualmente considerados, notadamente porque, nessa ocasião, não há, ainda, nem sequer definição de quem irá compor o grupo dos segurados.

7. Somente em momento posterior à efetiva contratação do seguro de vida em grupo, caberá ao trabalhador ou ao associado avaliar a conveniência e as vantagens de aderir aos termos da apólice de seguro de vida em grupo já contratada. A esse propósito, afigura-se indiscutível a obrigatoriedade legal de bem instruir e informar o pretenso segurado sobre todas as informações necessárias à tomada de sua decisão de aderir à apólice de seguro de vida contratada. **Essa obrigação legal de informar o pretenso segurado previamente à sua adesão, contudo, deve ser atribuída exclusivamente ao estipulante, justamente em razão da posição jurídica de representante dos segurados, responsável que é pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais assumidas perante o segurador.** Para o adequado tratamento da questão posta, mostra-se relevante o fato de que não há, também nessa fase contratual, em que o segurado adere à apólice de seguro de vida em grupo, nenhuma interlocução da seguradora com este, ficando a formalização da adesão à apólice coletiva restrita ao estipulante e ao proponente.

8. Em conclusão, no contrato de seguro coletivo em grupo cabe exclusivamente ao estipulante, e não à seguradora, o dever de fornecer ao segurado

(seu representado) ampla e prévia informação a respeito dos contornos contratuais, no que se inserem, em especial, as cláusulas restritivas.

9. *Recurso especial improvido.*”(REsp 1825716/SC, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/10/2020, DJe 12/11/2020 – g.n.).

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. AGRADO 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.

1. Incumbe à estipulante a obrigação de prestar informações ao segurado (consumidor) sobre os termos, condições gerais e cláusulas limitativas de direito estabelecidos no contrato de seguro de vida em grupo, constituindo-se esse dever em pressuposto lógico da aceitação da proposta de adesão pelo interessado. Inteligência do artigo 3º, inciso III, da Resolução CNSP 107/2004.

2. De outro lado, a seguradora "tem o dever de informar ao estipulante as bases gerais do contrato a ser celebrado valores do prêmio e das indenizações, número mínimo de segurados que deverão aderir à apólice, riscos cobertos, extensão, conteúdo e exclusões, bem assim outras informações pertinentes ? a fim de que, após celebrada a avença mestre, sejam tais elementos submetidos previamente pelo estipulante às pessoas interessadas em aderir à apólice, bem como, formado o grupo segurado, para comunicar aos aderentes a ocorrência de eventual inadimplência pelo estipulante, conforme estabelece o artigo 8º da Resolução CNSP 107/2004" (REsp 1.850.961/SC, Relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 15.6.2021).

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 elástica 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 1877051/SC, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 21/09/2021, DJe 27/09/2021).

“DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DIREITO DO CONSUMIDOR. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO E CONTRADIÇÃO RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE JURISPRUDÊNCIA APTA A FUNDAMENTAR A APLICAÇÃO DA SÚMULA 568 DO STJ. EFEITOS INFRINGENTES. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. VIOLAÇÃO DE DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL. DESCABIMENTO. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. IMPOSSIBILIDADE. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. COTEJO ANALÍTICO E SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. DEVER DE INFORMAÇÃO. EXCLUSIVO DA ESTIPULANTE.

1. Cuida-se, na origem, de ação de cobrança de indenização securitária e exibição de documentos fundada em apólice de seguro de vida em grupo.

2. Apesar do julgamento do RESP 1.449.513/SP, não era possível considerar que a controvérsia acerca da responsabilidade do dever de informação ao segurado a respeito das cláusulas contratuais restritivas nos contratos de seguro de vida em grupo (seguradora, estipulante, ou solidariamente de ambas) foi pacificada neste Tribunal. Omissão apta ao acolhimento dos embargos de declaração e consequente reanálise do agravo interno e do recurso especial.

3. A interposição de recurso especial não é cabível quando ocorre violação de dispositivo constitucional ou de qualquer ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal, conforme disposto no art. 105, III, "a" da CF/88.

4. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado quando suficiente para a manutenção de suas conclusões impede a apreciação do recurso especial.

5. O reexame de fatos e provas e a interpretação de cláusulas contratuais em recurso especial são inadmissíveis.

6. O dissídio jurisprudencial deve ser comprovado mediante o cotejo analítico entre acórdãos que versem sobre situações fáticas idênticas.

7. "No contrato de seguro coletivo em grupo, cabe à estipulante, e não à seguradora, o dever de fornecer ao segurado (seu representado) ampla e prévia informação a respeito dos contornos contratuais, no que se inserem, em especial, as cláusulas restritivas." (REsp 1.825.716/SC, 3ª Turma, DJe de 12/11/2020) 8. Embargos de declaração acolhidos com efeitos infringentes, para dar provimento ao agravo interno e negar provimento ao recurso especial da embargada." (EDcl no AgInt no REsp 1892113/SC, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/06/2021, DJe 08/06/2021).

Destarte, tomando-se por base o entendimento adotado pelo C. Superior Tribunal de Justiça, acima aludido, a conclusão que se impõe é a de que a discussão armada acerca da violação, pela ré/apelante, do princípio da transparência e informação, não tem razão de ser.

De fato, figurando como estipulante do contrato de seguro, Banco Santander (Brasil) S/A (cf. fls. 76/80), dúvida não há de que eventual falha ou defeito

quanto à prestação de serviços e, evidentemente, das informações relativas aos termos da contratação devem ser contra ele direcionadas.

No mais, analisada a situação dos autos sob outro enfoque, a irresignação não colheria êxito.

De fato, ao tratar do evento “*Doenças Graves*”, as Condições Gerais do Seguro, assim dispõe, em sua cláusula 3.3.3.2:

“Para efeito deste seguro são consideradas doenças graves”:

I - DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO); II – Doenças Cardiológicas; III – Doenças Neurológicas; IV – Doença de Alzheimer; V – Doença de Parkinson; VI – Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); VII – Transplantes de Órgãos Vitais; VIII – Insuficiência Renal Crônica.

A propósito, veja-se fls. 295/298.

Tal rol, sem dúvida alguma é taxativo, e dele não consta o mal ou doença sofrida pelo autor.

Sustenta o autor, embora em outras palavras, que nunca teve acesso a tal rol de doenças graves, previsto nas Condições Gerais do Seguro.

Com a máxima vênua, não procede tal alegação.

Com efeito, a Proposta de Seguro (fl.76/80), carreada aos autos pelo próprio demandante (apelado), é expressa e clara, ao consignar, como se vê a fls. 79 - cláusula 08 que o autor, ao celebrar o contrato, declarou “*que tomei conhecimento prévio das condições gerais do seguro, com as quais concordo integralmente*”.

Consigne-se que tal cláusula está em destaque suficiente, o que permitia o autor dela tomar conhecimento, quando da apresentação da proposta, mediante leitura integral do documento.

Mais; do mesmo documento consta da cláusula 16, que “*As condições gerais e demais informações contratuais deste produto estão disponibilizadas em www.santander.com.br*.” (fls. 79).

Outrossim, por tratar-se de contrato de seguro em grupo empresarial, a cláusula 17.1.3. obriga o estipulante, a “*fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro*”

Ou seja, a despeito do quanto alegado pelo autor, os documentos carreados aos autos, por ele mesmo, evidenciam não só que ele estava ciente do teor das Condições Gerais e Especiais do Seguro e, mais, ainda, do canal disponibilizado para acessar o documento.

Mais; ciente também estava o estipulante.

Nessa toada, com a máxima vênia, carece de verossimilhança a alegação trazida em sede recursal, no sentido de que o autor/apelado não teria sido previamente informada acerca dos termos da contratação em especial, do rol taxativo das doenças graves.

Em suma, a conclusão que se impõe é a de que a discussão armada pelo autor/apelado acerca da violação, pela ré/apelante, do princípio da transparência e informação, com a máxima vênia, não merece guarida.

Com efeito, apesar da incidência do CDC à espécie, tal fato não beneficia o apelado nos termos pretendidos, máxime quando demonstrado que a estipulante da contratação que é quem, em tese, deveria fornecer todas as informações do seguro ao autor, sequer participa desta ação.

O C. Superior Tribunal de Justiça, em julgamento de Recurso Repetitivo do Tema 1112 (REsp n. 1.874.788/SC, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 10/3/2023.), fixou 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" .

Ante o exposto, forçoso convir que não há que se cogitar na espécie, de infração aos dispositivos contidos no art. 6º, inc. III, do CDC, não podendo passar sem observação nesse ponto, que nada há nos autos a indicar que a empresa estipulante do contrato de seguro em grupo, ou o autor, não tivessem, na ocasião da contratação, condições de entender o negócio celebrado.

Ademais, por força do que dispõe o art. 757, do CC, 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 redação do dispositivo legal depreende-se que o contrato de seguro tem por objeto evento futuro, ressaltando-se que se trata de contrato aleatório.

Bem por isso, não pode garantir risco relativo a evento não previsto no ajuste.

Como observado pelo Eminentíssimo Des. Hamid Bdine, quando do julgamento da Apelação 0126469-15.2005.8.26.0100, j. 04/05/2015:

“A despeito da interpretação restritiva que é própria do contrato de

seguro, segundo o Enunciado n. 370 do CJF, “nos contratos de seguro por adesão os riscos predeterminados indicados no art. 757, parte final, devem ser interpretados de acordo com os arts. 421, 422, 424, 759 e 799 do Código Civil, e 1º, inc. III, da Constituição Federal”.

A propósito, lecionam Gustavo Tepedino, Heloísa Helena Barboza e Maria Celina Bodin de Moraes, que “a fim de contornar a excessiva amplitude do princípio, a doutrina procura dar conteúdo mais preciso à boa-fé objetiva por meio da identificação de três funções essenciais: i) cânon interpretativo integrativo; ii) norma de criação de deveres jurídicos; e iii) norma de limitação ao exercício de direitos subjetivos” (Código Civil Interpretado conforme a Constituição da República, vol. II, Renovar, 2006, p. 17).

Relativamente à vertente interpretativa que importa a este julgamento, ensina Cláudia Lima Marques que: “Boa-fé objetiva significa, portanto, uma atuação ‘refletida’, uma atuação refletindo, pensando no outro, no parceiro contratual, respeitando-o, respeitando seus interesses legítimos, suas expectativas razoáveis, seus direitos, agindo com lealdade, sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão ou desvantagem excessiva, cooperando para atingir o bom fim das obrigações: o cumprimento do objetivo contratual e a realização dos interesses das partes” (Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 6ª ed., RT, 2011, p. 216).

Ao que se acrescenta a anotação de Adalberto Pasqualotto, quando comenta acerca do aparente conflito entre os princípios da pacta sunt servanda e da boa-fé objetiva, no sentido de que “a boa-fé não é uma cláusula de mobilidade das disposições contratuais. Ela serve para traçar a convergência do cumprimento das obrigações com os propósitos do contrato” (Contratos Nominados III, RT, 2008, p. 111).

Outrossim, não se pode perder de vista a orientação de Claudio Luiz Bueno de Godoy, para quem a função social do contrato integra o conteúdo do ajuste, “garantindo que o ato de vontade receba tutela jurídica, desde que seja socialmente útil e sirva à promoção de valores constitucionais fundamentais portanto uma função não só negativa e limitativa -, dentre os quais a dignidade humana” (Função Social do Contrato, Saraiva, 2004, p. 191).

A respeito, confira-se que “o princípio da função social dos contratos também pode ter eficácia interna entre as partes contratantes” (Enunciado n. 360 do CJF), a fim de exercer “importante finalidade sindicante de evitar que o ser humano seja vítima de sua própria fragilidade ao realizar relações contratuais que, mesmo sob o pálio de liberdade contratual, culminem por instrumentalizá-lo, ou como intuiu Kant, convertam a pessoa que é um fim em si em meio para os fins alheios” (Nelson Rosendal, A função social do contrato, MPMG Jurídico, Ano II, número 9, abril/junho de 2007, p. 13).

Atento a esse contexto jurídico, é de se conferir ao contrato de seguro interpretação que se coadune com a solidariedade social (CF, art. 3º, I) e a um só tempo maximize a tutela da dignidade da pessoa humana, sem perder de vista seu equilíbrio econômico decorrente do cálculo atuarial de ocorrências de sinistros.”
(g.n.)

Analisando-se, os autos à luz de tais considerações, observo (em reiteração), que a doença padecida pelo autor, não está prevista no contrato, no rol de doenças graves acobertadas.

Isto posto forçoso convir que a parte suplicante não faz jus à indenização securitária.

Realmente, a interpretação do contrato celebrado entre as partes, ainda que coadunada com a solidariedade social, não pode também prescindir da manutenção do equilíbrio econômico decorrente do cálculo atuarial de ocorrências de sinistros.

Assim, se o risco sustentado pelo apelado está expressamente excluído do contrato, não há como reconhecer o dever da apelada de realizar o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, não há como impor à seguradora a responsabilidade por risco não assumido.

Realmente, máxime tendo em conta que o contrato de seguro possui critérios específicos, que definem a carência tanto do segurado como de seus dependentes, com exclusão de alguns riscos.

Por fim, tampouco há que se cogitar de danos morais *in casu*.

Como bem ensina o I. jurista luso Inocêncio Galvão Telles, "*Dano moral se trata de prejuízos que não atingem em si o patrimônio, não o fazendo diminuir nem frustrando o seu acréscimo. O patrimônio não é afectado: nem passa a valer menos nem deixa de valer mais. Há a ofensa de bens de carácter imaterial - desprovidos de conteúdo econômico, insusceptíveis verdadeiramente de avaliação em dinheiro. São bens como a integridade física, a saúde, a correção estética, a liberdade, a reputação. A ofensa objectiva desses bens tem, em regra, um reflexo subjectivo na vítima, traduzido na dor ou sofrimento, de natureza física ou de natureza moral (...)*". (Direito das Obrigações, Coimbra Editora, 6ª edição, p. 375).

No arcabouço doutrinário brasileiro, Arnaldo Wald esclarece que "*O dano moral é o causado a alguém num dos seus direitos de personalidade*" (Curso de Direito Civil Brasileiro, Editora Revista dos Tribunais, SP, 1989, p. 407).

Para Carlos Alberto Bittar "*são morais os danos aos atributos valorativos (virtudes) da pessoa como ente social, ou seja, integrada à sociedade (como, v.g., a honra, a reputação e as manifestações do intelecto)*" (Tutela dos Direitos da Personalidade e dos Direitos Autorais nas Atividades Empresariais, Revista dos Tribunais, SP, 1993, p. 24).

Analizados os elementos de convicção constantes dos autos à luz de tais transcrições doutrinárias, a conclusão que se impõe, é a de que a apelante não sofreu em virtude da conduta das rés, contrariamente ao que foi alegado, ofensa a qualquer de seus direitos de personalidade, na qualidade de ente social.

Ante todo o exposto, o provimento do recurso, é medida que se impõe.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Destarte, reformo a r. sentença, para julgar inteiramente improcedente a ação.

Em consequência, condeno o autor ao pagamento das custas do processo e honorários advocatícios, em 10% do valor atribuído à causa, observada é claro a gratuidade de justiça a ele concedida (fls. 253/254).

Com tais considerações, **pelo meu voto, dou provimento ao recurso.**

NETO BARBOSA FERREIRA
RELATOR