



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000426581

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1000303-76.2024.8.26.0415, da Comarca de Palmital, em que é apelante MARIA LUCIA BRIGANO ORLANDI (JUSTIÇA GRATUITA), é apelado METROPOLITAN LIFE SEGURO E PREVIDÊNCIA PRIVADA S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 34ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores GOMES VARJÃO (Presidente) E ISSA AHMED.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

L. G. COSTA WAGNER

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 25.856

Apelação nº 1000303-76.2024.8.26.0415

Apelante: Maria Lucia Brigano Orlandi

Apelado: Metropolitan Life Seguro e Previdência Privada S/A

Comarca: Palmital (1ª Vara)

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. SEGURO DE VIDA. COBERTURA PARA FRATURA ÓSSEA DECORRENTE DE ACIDENTE. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame: Recurso de apelação interposto pela autora contra sentença de improcedência. A autora busca reforma da sentença alegando cerceamento de defesa porque não realizada perícia médica para apuração da invalidez e defende que faz jus a complementação de indenização.

II. Questão em Discussão: Verificar se a autora tem direito à complementação da indenização por fratura óssea, considerando a cobertura contratada e a alegação de cerceamento de defesa por falta de perícia médica judicial.

III. Razões de Decidir: Contrato de seguro com estipulação imprópria cujo dever de informação era da seguradora e não da estipulante (Tema 1112, do STJ). Autora que apresentou o certificado individual que comprova a contratação apenas de cobertura por morte acidental e fratura óssea por acidente. O contrato de seguro não prevê cobertura para invalidez total ou parcial por acidente, razão pela qual não era necessária a realização de perícia médica para apuração de invalidez, inexistindo cerceamento de defesa. Certificado individual com informações para obtenção de condições gerais do seguro. Autora teve acesso às condições gerais do seguro, disponíveis eletronicamente, não havendo abusividade na forma de disponibilização. Cobertura por fratura óssea que demandava a comprovação de fratura decorrente de acidente. Ausência de abusividade na estipulação de percentuais de cobertura diferentes de acordo com o tipo de fratura óssea sofrida, não se esperando que uma fratura de osso de menor porte como um metacarpo tivesse a mesma cobertura que a fratura de um fêmur. A indenização foi paga conforme as fraturas sofridas (nariz e três costelas) e os percentuais previstos no manual do segurado. Não há erro nos cálculos apresentados pela ré e a autora não comprova fraturas adicionais. Indenização paga conforme percentual previsto em contrato (R\$ 9.819,00). Autora que não faz jus a complementação (R\$ 2.944,25) para o total da cobertura.

IV. Tese de julgamento: 1. Condições gerais do seguro disponibilizadas de forma eletrônica. 2. A cobertura contratada limita-se a fratura óssea por acidente, não abrangendo invalidez por acidente. 3. Ausência de abusividade em atribuição de percentuais diferenciados pelo tipo de fratura.

RECURSO DESPROVIDO.

I - Relatório

Trata-se de recurso de apelação interposto por Maria Lucia Brigano Orlandi, em face da sentença de fls. 206/208, proferida nos autos da ação de cobrança de seguro, promovida contra a Metropolitan Life Seguro e Previdência Privada S/A.

A ação foi julgada improcedente, condenando a Autora ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em R\$ 1.000,00 (mil reais), ressalvada a gratuidade judiciária concedida.

A sentença foi disponibilizada no DJe de 17/12/2024 (fls. 210).

Recurso tempestivo. Preparo dispensado em razão da concessão da gratuidade judiciária (fls. 47). Autos digitais, porte de remessa e de retorno dispensado conforme art. 1.007, §3º, do CPC. Contrarrazões às fls. 220/224.

A Autora requer a reforma da sentença. Preliminarmente, alega cerceamento de defesa porque não foi realizada perícia médica judicial. Sustenta que há relação de consumo e devem ser aplicados os art. 6º, III, 47 e 54, §4º, do CDC. Alega que a apólice contratada contava com cobertura para fratura óssea por acidente, o laudo médico indica que a Autora sofreu fratura de costela decorrente do acidente, razão pela qual faz jus a complementação para o total desta cobertura (R\$ 2.944,25).

A Ré, por sua vez, requer a manutenção da sentença.

É a síntese do necessário.

II – Fundamentação

O recurso não comporta provimento.

Adoto o relatório da sentença:

MARIA LUCIA BRIGANÓ ORLANDI ajuizou AÇÃO DE COBRANÇA em face de METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S/A, alegando ter direito ao pagamento integral do seguro contratado, em razão de invalidez permanente resultante de acidente automobilístico ocorrido em 24/11/2022. Pleiteia a procedência da ação, para que a ré seja condenada a complementar a indenização no montante de R\$ 2.944,25, caso reste comprovada a invalidez permanente. Alternativamente, requer o pagamento proporcional ao grau das lesões em caso de reconhecimento de invalidez parcial.

Em contestação (fls. 53/62), a seguradora ré apresenta preliminares de prescrição e de carência de ação, ante a quitação da dívida. No mérito, afirma que o seguro contratado não prevê cobertura para invalidez parcial e permanente por acidente e que realizou, no âmbito administrativo, o pagamento das indenizações avençadas, em razão das fraturas no nariz e nos arcos cortais da autora. Refuta o dever de indenizar 100% do capital segurado, uma vez que as indenizações devem se limitar ao percentual das fraturas sofridas, nos termos pactuados pela autora. Pugna pelo reconhecimento da legalidade das cláusulas delimitadoras dos riscos cobertos. Requer o acolhimento das preliminares e, no mérito, a improcedência da ação.

Réplica apresentada às fls. 190/200.

Intimadas a especificarem as provas que pretendiam ver produzidas, autora e ré apresentaram as peças de fls. 204 e 205

O boletim de ocorrência da Polícia Militar de fls. 10/24, comprova que a Autora foi vítima de acidente de trânsito em 24/11/2022, constando que as cinco vítimas, entre elas a Autora (fls. 15), foram socorridas ao pronto socorro da Santa Casa de Palmital.

No laudo de avaliação médica particular de fls. 25/27, foi atestado que a Autora sofreu acidente de trânsito em 24/11/2022 e que pelos documentos médicos sofreu trauma de crânio e fratura de costela, concluindo que a fratura de costela da paciente idosa tem dificuldade para ossificação, comprometendo a flexibilidade, apresentando dores frequentes, dificuldades de expansividade pulmonar e instabilidade postural, com déficit funcional moderado a grave (50% a 75%).

Foram juntados documentos do atendimento médico na Santa Casa de Misericórdia de Palmital às fls. 29/36.

O certificado individual do seguro de fls. 41/43, demonstram que se trata de “Seguro Proteção Sênior MetLife”, o estipulante não é empresa empregadora da Autora ou alguma associação, mas o Itaú Unibanco Holding, a corretora é o Itaú Corretora de Seguros. Verifica-se que no documento de renovação consta a identidade visual do Itaú e da MetLife (fls. 39).

No julgamento dos REsp 1874811/SC e 1874788/SC, o Superior Tribunal de Justiça fixou a tese do Tema 1112 que visava estabelecer se cabia à seguradora ou ao estipulante o dever de informação ao segurado sobre as cláusulas limitativas e restritivas dos contratos de seguro de vida em grupo. Restou estabelecido no Tema 1112 do STJ que:

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

(ii) não se incluem, no âmbito da matéria afetada, as causas originadas de estipulação imprópria e de falsos estipulantes, visto que as apólices coletivas nessas figuras devem ser consideradas apólices individuais, no que tange ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora.

Deste modo, não é a mera presença de estipulante que caracteriza o seguro de vida como coletivo. Não há nenhuma relação empregatícia ou associativa entre a Autora e a estipulante Itaú, o próprio nome do seguro não indica se tratar de seguro coletivo, pois nomeado de “Seguro Proteção Sênior MetLife”. Além disso, a Seguradora ré não apresentou o contrato de seguro firmado com a estipulante de modo a comprovar que se trata de estipulação própria.

Conforme restou consignado pelo e. rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva no acórdão do REsp 1874811/SC em que fixada a tese do Tema 1112:

Todavia, no contrato de seguro, como no de pessoas (vida e acidentes pessoais), a dinâmica do dever de informação prévia difere quanto à sua modalidade.

Com efeito, o seguro pode se dar em duas grandes modalidades: o seguro individual e o seguro em grupo (ou coletivo).

No **contrato securitário individual**, a pessoa física ou jurídica é quem contrata diretamente com a seguradora o interesse segurável mediante o pagamento de um prêmio. Pode atuar, como intermediário, um corretor autorizado, o qual presta serviços, integrando a cadeia de fornecimento. Desse modo, tanto o ente segurador quanto o corretor de seguros devem prestar informações adequadas ao proponente quando da contratação (CDC e arts. 2º, VIII, "b", e 3º, caput, e § 1º, V, VI e VIII, da Res.-CNSP nº 382/2020).

Em outras palavras, o contrato de seguro individual necessita passar, comumente, por duas fases: a) a da proposta, em que o proponente se informa dos termos contratuais e também fornece as informações necessárias para o exame e a mensuração do risco, indispensável para a garantia do interesse segurável, e b) a da recusa ou aceitação do negócio pela seguradora, ocasião em que emitirá, nessa última hipótese, a apólice

[...]

Já o **contrato de seguro coletivo** é aquele contratado por um estipulante, que negocia com a seguradora o contrato mestre (ou principal), passível de adesão posterior por integrantes do grupo segurável.

Noutros termos, nos seguros de vida em grupo, há a figura do estipulante, que é a pessoa natural ou jurídica que estipula o seguro de pessoas em proveito do grupo que a ela se vincula (arts. 2º e 3º da Res.-CNSP nº 434/2021), ou seja, nesses seguros facultativos, o estipulante é mandatário dos segurados (art. 21, § 2º, do Decreto-Lei nº 73/1966). Assim, o estipulante assume perante o segurador a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, a exemplo da movimentação cadastral e do pagamento do prêmio recolhido dos segurados. Todavia, a teor do art. 801, § 1º, do CC, o estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, exercendo papel independente das demais partes que participam do contrato

[...]

Nesse passo, revela-se necessário verificar a natureza jurídica das relações estabelecidas entre os diversos atores nesse contrato coletivo: segurados, estipulante e seguradora.

Extraí-se que o vínculo jurídico formado entre a seguradora e o grupo de segurados caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro (REsp nº 1.170.855/RS, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe 16/12/2015). Por seu turno, a relação havida entre a seguradora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro (art. 21, § 1º, do Decreto-Lei nº 73/1966). Por fim, para os segurados, o estipulante é apenas um mandatário, não representando o ente segurador (arts. 21, § 2º, do Decreto-Lei nº 73/1966 e 801, § 1º, do CC).

[...]

Outra característica peculiar do seguro de vida em grupo é o seu ciclo de contratação, importante para a definição das responsabilidades atinentes ao dever de informação.

De início, o estipulante, possuidor de poderes de representação legal, contrata o seguro coletivo com a seguradora com vistas a facultar a adesão de um grupo de pessoas, geralmente a ele vinculadas previamente por relação empregatícia ou associativa.

Situação diversa é aquela da estipulação imprópria, em que o estipulante possui tão só vínculo securitário com o grupo segurado, de modo que as apólices coletivas, nesses casos, deverão ser consideradas apólices individuais no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora.

Assim, na estipulação própria, ao firmarem o contrato principal ou contrato mestre, tanto o estipulante quanto a seguradora negociam entre si e estabelecem os riscos cobertos, valores dos prêmios e das indenizações, prazos de carência, prazo de vigência, entre outras disposições, inclusive aquelas relativas às eventuais restrições de direito dos futuros segurados.

Enfatize-se que a Seguradora ré não apresentou nenhum contrato mestre firmado com a estipulante a comprovar que se tratava de estipulação própria.

Assim, no presente caso, houve estipulação imprópria ou falsa estipulante, em que a apólice deve ser considerada individual, de modo que o dever de informação sobre as cláusulas limitativas e restritivas de direito incumbia à Seguradora.

Alegou a Autora na inicial que “*não foi informada sobre o pagamento parcial da indenização decorrente de invalidez total ou parcial*”, requerendo o pagamento integral da cobertura contratada, pois em via administrativa recebeu valor inferior (R\$ 9.819,00), postulando pela diferença não paga (R\$ 2.944,25).

A própria Autora juntou o certificado individual do seguro às fls. 41/43, no qual consta o número do processo SUSEP às fls. 41(15414.003227/2010-01), bem como consta a informação que (fls. 43):

As condições contratuais e regulamento deste produto protocolados pela sociedade/entidade junto à SUSEP* poderão ser consultados no endereço eletrônico <<https://www.gov.br/susep>>, de acordo com o número do processo SUSEP* constante neste certificado/apólice. Em caso de dúvidas relacionadas a normas e regulação, entre em contato com o atendimento SUSEP*, pelo telefone gratuito 0800 021 8484.

*SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

Deste modo, a Autora tinha acesso as informações do seguro e suas condições gerais.

Cabe registrar que não há abusividade na disponibilização do contrato e das condições gerais do seguro de forma eletrônica, visto que há muitos anos, com o avanço tecnológico, a maioria dos documentos são disponibilizados de forma eletrônica, podendo ser facilmente acessados a qualquer momento e em qualquer lugar.

Na atualidade não mais se cogita o envio de manuais detalhados de produtos, guias de plano de saúde (relação de médicos, clínicas e hospitais), condições gerais de seguro, entre tantos outros documentos, de forma impressa. Até mesmo os livros e jornais impressos perderam espaço para os digitais. Os processos judiciais tramitam há muito tempo de forma digital e os antigos físicos estão sendo digitalizados. Em suma, o papel perdeu espaço, não é uma alternativa sustentável e está sendo substituído pelos documentos digitais, que podem ser acessados até mesmos por um telefone celular.

Enfim, inexistente abusividade na disponibilização de contrato e condições gerais do seguro de forma digital, existindo informação da forma de acesso em documento juntado pela própria Autora.

O certificado individual indica que foram contratadas apenas duas coberturas: morte acidental (R\$ 51.053,00) e fratura óssea por acidente (R\$ 12.763,25).

Nas condições gerais do seguro (manual do segurado) de fls. 176/186 há informação clara e destacada sobre a cobertura de fratura óssea e o uso da “tabela de lesões cobertas fratura óssea”. Vejamos (fls. 178):

2.2. FRATURA ÓSSEA (FO2): Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual.**

2.2.1. Tabela de Lesões Cobertas Fratura óssea

	LIMITE CAPITAL SEGURADO
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve	100%
Crânio	100%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	100%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	100%
Maxilar, Clavícula, Antebraços,	100%
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)	100%
Ossos esterno, patela (rótula)	100%
Cóccix	100%
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)	20%
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)	20%
Costelas (cada)	20%
Dedos da mão e do pé (cada)	20%
Punho (osso do Carpo)	20%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	20%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé)	20%

O limite de eventos cobertos está definido nas Condições Gerais.

O capital segurado contratado para cada membro fraturado será somado na ocorrência de fraturas simultâneas decorrentes de um mesmo evento.

Em réplica, a Autora não negou acesso ou conhecimento do documento de fls. 176/186 (manual do segurado).

Não há abusividade na previsão de percentuais diferenciados de cobertura de acordo com a fratura sofrida, pois não se poderia esperar que uma fratura de menor porte como metacarpo (mão) tivesse a mesma cobertura que a fratura em um fêmur ou quadril, por exemplo.

Não houve contratação de cobertura por IPA – invalidez total e/ou parcial por acidente, razão pela qual não era necessária perícia médica para constatação de eventual invalidez.

Conforme bem consignou o MM Juízo sentenciante:

O Certificado Individual – Seg Proteção Sênior Metlife (fls. 41/45), juntado pela parte autora, é claro ao delimitar coberturas contratadas, que restringem-se à morte acidental e fratura óssea por acidente. Não há margem para interpretação extensiva que inclua a invalidez, sendo certo que a ré observou o disposto no art. 54, § 3º, do Código de Defesa do Consumidor (CDC), ao redigir o contrato de forma clara e legível.

A narrativa da autora de que a apólice deve ser interpretada da maneira mais favorável ao aderente, não conduz automaticamente à procedência da ação.

É assim, porque a interpretação das cláusulas contratuais da forma mais favorável ao consumidor (art. 47, CDC) não implica a livre interpretação dos termos pactuados, nem afasta a razoabilidade do julgador, a quem é vedada a ampliação indevida do dever de cumprimento contratual para além dos limites avençados.

Nessa senda, a clareza das informações quanto às coberturas contratadas afasta a verossimilhança de eventual alegação de abusividade por parte da seguradora.

Além disso, as cláusulas limitativas de risco encontram respaldo no art. 6º, inciso III, do CDC, que exige a informação clara e adequada sobre as condições do contrato, obrigação que foi cumprida pela ré.

Foi contratada cobertura para fratura óssea por acidente, de modo que bastava a comprovação de que a Autora sofreu fratura em decorrência de acidente pessoal, no caso, acidente de trânsito.

Incontroverso que a Autora recebeu indenização securitária em via administrativa, o que demonstrar que foi reconhecido o nexo causal entre o acidente e as fraturas sofridas.

A Ré juntou aos autos os documentos médicos que foram enviados na regulação do sinistro, alegando que foi paga a indenização conforme as fraturas sofridas e percentuais previsto no manual do segurado.

Indicou a Ré que a Autora sofreu fratura de nariz e fratura em três arcos costais (costelas), descrevendo o cálculo da indenização sobre o capital segurado da cobertura (R\$ 12.273,75) às fls. 57:

- Costelas (cada) 20% x R\$ 12.273,75 = R\$ 2.454,75 x 3 arcos cortais = R\$7.364,25
- Face ou Nariz (exceto crânio e maxilar) 20% x R\$ 12.273,75 = R\$2.454,75
Total indenizado = R\$ 9.819,00

A Autora não indica nenhum erro em relação as fraturas consideradas no cálculo da indenização e não comprova que tenha sofrido mais alguma fratura no acidente ocorrido.

Os cálculos estão em consonância com a cobertura contratada que não prevê indenização total para qualquer tipo de fratura, até porque não se poderia esperar que a fratura de um metacarpo (20%) tivesse a mesma indenização que a fratura de um fêmur (100%), por exemplo.

Inexistindo alegação da Autora de erro nas fraturas consideradas no pagamento da indenização administrativa, não indicando que sofreu mais alguma fratura, encontrando-se o pagamento de acordo com a cobertura contratada e inexistindo contratação de cobertura para invalidez por acidente, a Autora não faz jus a nenhuma complementação da indenização.

Em resumo, de rigor manutenção da sentença, impondo-se o desprovidimento do apelo.

III - Conclusão

Diante do exposto, pelo meu voto, conheço e **nego provimento** ao recurso.

Por força do art. 85, §11, do CPC, majoro a verba honorária, em favor do patrono da Ré, para R\$ 1.300,00 (hum mil e trezentos reais), conforme requisitos e critérios fixados pelo STJ¹, ressalvados os benefícios da gratuidade da justiça concedidos.

L. G. Costa Wagner

Relator

¹ Tema 1059 do STJ e EDcl no AgInt no REsp 1573573/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/04/2017, DJe 08/05/2017.