



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000429513

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007956-65.2018.8.26.0084, da Comarca de Campinas, em que é apelante SILVIO JOSÉ GONÇALVES, é apelado ITAÚ SEGUROS 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 ANTONIO NASCIMENTO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

ISSA AHMED
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Voto nº: 40.550

Apelação nº: 1007956-65.2018.8.26.0084

Comarca: Campinas – 1ª Vara Judicial do Foro Regional de Vila Mimosa

Apelante: Silvio José Gonçalves

Apelada: Itaú Seguros S.A.

Juíza Prolatora: Ana Helena Cardoso Coutinho Cronemberguer

DIREITO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. RECUSA DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. IMPROCEDÊNCIA. APELAÇÃO DO AUTOR. DESPROVIMENTO. I. Caso em Exame: *Silvio José Gonçalves*, portador de duas apólices de seguro, busca indenização securitária e danos morais após aposentadoria por invalidez decorrente de acidente de trabalho. O *Itaú Seguros S.A.* contesta, alegando que as apólices cobrem apenas morte, morte acidental e invalidez permanente por acidente, não incluindo doenças. **II. Questão em Discussão:** Determinar se a aposentadoria por invalidez do autor se enquadra como acidente típico coberto pelas apólices de seguro a assegurar-lhe o pagamento das indenizações securitárias. **III. Razões de Decidir:** 1. As provas periciais demonstraram que o autor apresenta doença autoimune, não caracterizando acidente típico conforme as apólices de seguro contratadas. 2. A perícia médica confirmou que a condição do autor não se enquadra nas hipóteses de indenização por invalidez total ou parcial por acidente. **IV. Dispositivo e Tese:** Recurso desprovido. **V. Tese de julgamento:** 1. Doença autoimune e doença laborativa equiparada a acidente de trabalho para fins previdenciários não se confundem com acidente pessoal para efeitos de cobertura por apólice de seguro facultativo. 2. A cláusula excludente de indenização não abalou o equilíbrio e a boa-fé contratual. **VI. Legislação Citada:** Código de Defesa do Consumidor, art. 47; Código de Processo Civil, art. 373, II; art. 473; art. 489; art. 98, § 3º. **VII. Jurisprudência Citada:** TJSP, Apelação Cível nº 10033637-24.2019.8.26.0115, Rel. Des. L.G. Costa Wagner, j. 19/12/2024.

Com os auspícios da gratuidade da justiça, SILVIO JOSÉ GONÇALVES processa o ITAÚ SEGUROS S.A., narrando que é portador de duas apólices de seguro desde 1995 e, segundo diagnóstico médico, adquiriu doença ocupacional e passou a receber do INSS auxílio-doença acidentária. Sua pretensão com a presente demanda é de receber a indenização securitária somada a danos morais. Reúne documentos e requer a

procedência dos pedidos.

Em contestação, o Itaú Seguros, indicando cada apólice contratada, destaca que os contratos possuem garantia de: morte, morte acidental e invalidez permanente por acidente, não sendo coberto o evento informado pelo autor, por se tratar de doença e, com isso, fora do âmbito das coberturas.

Réplica (pp. 178/182), na qual o autor complementa as suas informações, afirmando que o auxílio-doença foi convolado em aposentadoria por invalidez em decorrência de acidente de trabalho, conforme abertura de comunicação ao INSS, impugnando a alegação do réu de que inexistente nexos causal entre os benefícios por acidente e a sobredita aposentadoria. Destaca a possibilidade de inversão do ônus da prova, anotando que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, segundo o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor – CDC. Impugnados os temas da contestação, reitera o autor a procedência de seus pedidos.

Na decisão do saneador (p. 188) foi deferida a produção de prova pericial médica, a cargo do IMESC.

Anexado aos autos o laudo médico legal (pp. 218/226) e os respectivos esclarecimentos do perito (pp. 293/298) acerca dos pontos que foram impugnados, formando o laudo complementar.

Em resposta à indagação judicial, o autor requereu nova perícia (pp. 327/328), e vieram aos autos o laudo de nova perícia médico-legal (pp. 382/398).

Sobreveio sentença de improcedência, valendo a transcrição dos seguintes tópicos:

“(...) Nessa direção, convém salientar que as provas periciais produzidas no feito demonstraram que o requerente apresenta apenas um quadro de doença auto imune vigente, Espondilite Anquilosante com Sacroiliite, em tratamento regular e com uso de medicamento de alto custo, estando a patologia estabilizada.

O Perito apresentou a seguinte conclusão às fls. 394: 'A condição do periciando não se enquadra em situação para indenizações pleiteadas (garantia para invalidez total ou parcial por acidente)'

Desse modo, o requerente não faz jus à cobertura prevista na apólice, pois não caracterizado que as lesões, que ocasionaram a incapacidade parcial e permanente, sejam decorrentes de acidente típico, conforme previsto na apólice.”

Dispensado do recolhimento do preparo recursal por força da benesse da gratuidade da justiça, tempestivamente apela o autor reprisando a ocorrência de acidente do trabalho e a convolação do auxílio-doença em aposentadoria por invalidez apoiada na CAT, e disso visualizando o nexo causal entre o acidente do trabalho e a mencionada aposentadoria. Reitera o seu direito aos valores das coberturas das duas apólices, destacando a impugnação à perícia, cujo teor repete nas razões da apelação, censurando a conduta da perita por ter emitido juízo ou parecer sobre a presente demanda. Impugna o laudo pericial por conta de omissões e contradições. Anota que a perícia registra o acidente de trabalho que resultou em perda de mobilidade dos pulsos, além de a perita reconhecer que os laudos e exames médicos comprovam as consequências do referido acidente do trabalho, reclamando da ingerência da perita do juízo sobre as decisões do INSS, que decidiu conceder ao apelante o auxílio-doença por acidente do trabalho (B-91), questionando a afirmação da perita de que o apelante está aposentado por invalidez decorrente

de doença autoimune. Qualifica de estapafúrdia a conclusão pericial, uma vez que não apresenta qualquer termo ou parecer médico sobre o periciando/apelante. Aduz que laudos e relatórios médicos juntados aos autos não foram examinados na sentença, o que provaria que a aposentadoria do apelante se deve a acidente do trabalho. Torna a juntar os mencionados relatórios e laudos médicos e, finaliza com pedido de provimento da apelação.

Em suas **contrarrazões**, o apelado explica que o termo acidente pessoal que consta das apólices não quadra com o evento protagonizado pelo apelante e se acha incluída nas causas que estão excluídas desse conceito, com prova disso na conclusão da perícia, que excluiu a presença de evento traumático responsável pelo desenvolvimento de doenças, ressaltado na perícia que o quadro do apelante é oriundo de doença autoimune e não de um acidente. Logo, não tendo o apelante sofrido acidente típico, não possui direito às indenizações postuladas, observado que acidente de trabalho por esforços repetitivos não possui cobertura contratual, tratando-se de risco excluído. Anotado que a concessão de aposentadoria por invalidez não confere ao segurado o direito automático à indenização. Com manifestação de prestígio ao conteúdo da fundamentação e de conclusão da sentença recorrida, requer sua inteira manutenção.

Sem expressa oposição ao julgamento virtual.

É O RELATÓRIO.

Conheço da apelação, em vista da presença de seus pressupostos de admissibilidade, e recebo o recurso em seus regulares efeitos.

De início cumpre destacar a preocupação da nobre Julgadora ao perguntar por intimação se o autor pretendia a realização de nova

perícia, conforme decisão (p. 324)¹.

Com sua aquiescência, novo laudo pericial (pp. 382/398) foi elaborado pela Perita especialista, vinculada ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC.

As apólices estão redigidas sem os vícios de que trata o artigo 51 do CDC, aplicável ao caso.

Disso decorre que, invocado o direito exposto pelo autor/apelante, coube ao réu provar o contrário da pretensão, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil – CPC.

E o réu o fez com toda a completude.

Isso porque, o evento acontecido no ambiente onde o apelante exercia sua função laboral não se qualifica, para fins de obtenção do seguro contratado, como **acidente típico** de que tratam as duas apólices.

E ficou bem esclarecido, em voto da lavra do eminente Desembargador L.G. Costa Wagner, integrante desta 34ª Câmara de Direito Privado (*Apelação Cível nº 10033637-24.2019.8.26.0115, julg. 19/12/2024*):

¹ Fls. 316/323: Considerando que a prova pericial é imprescindível para o resolução deste processo, uma vez que envolve o pagamento de eventual indenização securitária por acidente de trabalho (ou invalidez permanente por acidente), bem como o fato de que o laudo pericial está sendo fortemente impugnado pela parte autora sob a alegação de que “a perícia deve(ria) ser conduzida por peritos médicos especialistas à área da doença que acomete o periciado”, e que, em tese, não teria sido realizada por perito especialista no caso, e este não teria suficientemente esclarecido as matérias controvertidas quanto a doença que acomete o periciado, nem feito consulta ao perito assistente e realizada a própria perícia indireta nos laudos e documentos já costados aos autos, ao teor do artigo 480, do CPC, manifeste-se a parte autora se tem interesse na realização de nova perícia.

*“Não comprovada a ocorrência de acidente típico, seja em local de trabalho ou qualquer outro. **Doença laborativa que é equiparada a acidente de trabalho apenas para fins previdenciários (seguro social), não se confundindo com acidente (pessoal) da cobertura securitária (facultativa).**”*

A necessidade da perícia médica, realizada por duas vezes, afasta do trabalho pericial os defeitos que a este se atribuem.

O artigo 473 do Código de Processo Civil – CPC determina que o laudo pericial deverá conter análise técnica e científica realizada pelo especialista designado, apresentando respostas aos quesitos dos sujeitos processuais que sejam conclusivas e dotadas de fundamentação com coerência lógica, a fim de garantir o pleno exercício da ampla defesa.

Se revelam, portanto, inconsistentes os reclamos do apelante sobre o trabalho da perita nomeada e, ainda, de sua indicação dos fatos que não se ajustariam ao pleito inaugural, merecendo o devido exame crítico que, de modo algum, resvalou na atividade decisória.

Corolário obrigatório do trabalho pericial é a sua conclusão, dando em fecho a relação do objeto da perícia e de seu motivo determinante: saber se o periciado realmente tinha razões de ordem médica para postular o pagamento do seguro, dentro dos limites do contrato, e tecer as considerações que levaram a essa conclusão, sem ferir a autonomia administrativa do INSS e, menos ainda, ingressar no juízo legal da decisão de mérito, mas dar o resultado ao que expôs durante sua análise técnica.

Na hipótese, não apresentados elementos probatórios aptos a infirmar o entendimento da perícia judicial no sentido de que, a despeito do acidente noticiado, trata-se de um quadro nosológico associado a **doença autoimune** e, portanto, fora dos limites das situações oriundas de

acidentes, segundo a definição do artigo 2º da Resolução CNSP nº 439/22².

E esse antecedente lógico-necessário, uma vez ausente seus motivos de fato, inviabiliza toda e qualquer discussão paralela, com fins de estender a cobertura securitária, que de acordo com no contexto do Código Civil torna impossível ao segurador ser obrigado a cobrir riscos ou eventos não previstos no contrato³ ou que tenham sido expressamente excluídos⁴.

O apelante está aposentado por invalidez desde 2018 devido a espondilite anquilosante e sacroileíte – p. 395, não tendo sido anexada aos autos, para exame, a perícia do INSS.

A perita responde como *não identificado* à pergunta número 12⁵ do novo laudo.

Cumpre marcar que o apelante não apresentou assistente técnico, e seus argumentos não provêm de análise científica de autoria de profissional médico. Insta destacar que, ao encerramento do trabalho pericial, constou – p. 398:

“As conclusões deste jurisperito basearam-se nos relatos do

² Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se: I - **acidente pessoal**: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

³ ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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.

⁴ 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.

⁵ Caso as limitações constatadas sejam decorrentes exclusivamente de acidente típico, quais são os membros/segmentos que possuem redução funcional no periciado? Favor indicar o membro e o respectivo percentual, conforme Circular 29/91 da SUSEP?

autor, exame físico, exames complementares solicitados e/ou apresentados e tais conclusões poderão ser revistas e eventualmente alteradas, caso sejam apresentadas novas evidências e fatos devidamente documentados.”

Portanto, temos que o acidente apto a gerar o direito à indenização em razão da cobertura por invalidez permanente total ou parcial por acidente é o denominado acidente típico na conceituação da SUSEP.

O seguro é um típico contrato civil, pelo qual o segurado paga um prêmio e, em consequência, a seguradora o acoberta contra riscos predeterminados.

E a seguradora, para atuar no ramo securitário, trabalha com toda uma análise de riscos, pela qual ela estipula os prêmios a serem pagos de acordo com a cobertura oferecida. Sendo assim, não pode ser a ela imputada uma cobertura de sinistros não antevistos, sob pena de romper o equilíbrio da relação e reduzir sobremaneira o lucro da atividade, acarretando, com isso, o desestímulo no exercício da atividade e a inviabilidade da prestação do serviço.

A cláusula excludente não abalou o equilíbrio e a boa-fé contratual, mantendo-se intacto o sinalagma, de modo que o apelado, ao recusar a cobertura pleiteada, agiu em estrito exercício de direito.

É mantida, em seus judiciosos termos, a sentença de primeiro grau que, apesar das críticas trazidas na apelação, mostrou ter analisado a lide nos limites em que fora proposta, examinando a documentação reunida com a peça inaugural e todo o acervo probatório, com o que adotou fundamentação clara e suficiente a amparar a improcedência do pedido, sem violação ao artigo 489 do CPC.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Observada a condição suspensiva (artigo 98, § 3º, do CPC), majoro a verba sucumbencial honorária para 12% sobre o valor atualizado da causa.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação.

ISSA AHMED
RELATOR