



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000436495

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1081402-80.2023.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante GILMAR SANTOS SOUZA (JUSTIÇA GRATUITA), é apelada BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A..

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 25ª 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 HUGO CREPALDI (Presidente) E RODOLFO CESAR MILANO.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

ANA LUIZA VILLA NOVA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto nº 12.804

Apelação nº 1081402-80.2023.8.26.0002 Comarca: São Paulo

Apelante: Gilmar Santos Souza

Apelado: Bradesco Vida e Previdência S.A

Juiz(a): Fabiana Feher Recasens

RECURSO DE APELAÇÃO – Seguro coletivo – Pretensão de recebimento de indenização por invalidez funcional permanente total por doença - Inadmissibilidade – Perícia médica que não constatou a alegada invalidez – Incapacidade que decorre de doença degenerativa e não de doença do trabalho - Laudo pericial válido, elaborado em observância ao contraditório e ampla defesa, com método fundamentado e pormenorizado de forma minuciosa – Desnecessidade nova perícia em razão da legitimidade do laudo elaborado e suficiência da conclusão e fundamentos para julgamento da demanda – Perito que atua com isenção, equidistantes dos interesses das partes em conflito - Prova testemunhal – Desnecessidade – Livre convencimento motivado – Cerceamento de defesa não configurado – Precedentes deste E. Tribunal de Justiça - Sentença mantida – Recurso desprovido.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 586/589 que julgou improcedente a ação de indenização de seguro por invalidez permanente, sob o fundamento de ausência de nexo causal, uma vez que *“considerando que o contrato firmado entre as partes previa indenização para casos de invalidez permanente por acidente e invalidez funcional permanente decorrente de doença (fls. 346), é forçoso reconhecer que não houve fato gerador para a incidência da cobertura securitária ofertada pela ré”*. Em razão da sucumbência condenou o autor ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, observado o benefício da justiça gratuita concedido.

Em suas razões recursais, o autor alega, em preliminar, a nulidade do laudo pericial. Diz que apresentou impugnação do laudo pericial na origem, ante as inconsistências e as contradições apresentadas, além de pedir a produção de prova testemunhal. Aduz que o perito reconheceu a doença que lhe acometeu. Argumenta que o nexo causal demonstrou que a invalidez para o trabalho tem como causa o próprio trabalho realizado. Alega que em nenhum momento se buscou provar acidente do trabalho e sim doença do trabalho ou a prova do nexo causal no agravamento da doença. Diz que a sentença não analisou os laudos médicos juntados e a informação do perito de que as condições de trabalho agravaram a doença, resultando em sua invalidez permanente. Assevera que há erro no laudo pericial e a necessidade de realização de nova perícia.

Aduz que caso não seja determinada nova perícia, a sentença deve ser anulada em razão da ocorrência do cerceamento de defesa, diante do pedido de produção de prova testemunhal formulado e indeferido. Alega que o debate não trata se a moléstia é atual, mas se é resultado do trabalho exercido. Insiste que não merece prosperar a conclusão do laudo pericial, uma vez que a doença e invalidez estão ligadas ao seu trabalho. Requer a nulidade da sentença e retorno dos autos para realização de nova perícia ou designação de perito do TRT para analisar a sua condição.

No mérito, alega que a relação firmada é de consumo, por meio de contrato de adesão, e que devem ser declaradas abusivas as cláusulas do contrato que tiram direito do consumidor ou

ainda que deixem em dúvidas seus direitos. Diz que foi funcionário da empresa Knorr Bremse Sistema Para Veiculos Comerciais Brasil Ltda, e seu contrato de trabalho teve vigência de 13/10/2003 a 03/01/2023, sendo acometido de doença do trabalho antes do fim da vigência. Afirma que passou a apresentar sérios problemas de saúde, sendo afastado e beneficiado pelo INSS no código 91 em diversas oportunidades. Menciona que atualmente está aposentado por invalidez permanente, e que no contrato de seguro firmado pelo empregador em seu favor, consta cobertura por invalidez permanente no valor de R\$ 134.171,40. Afirma que a invalidez permanente por acidente/doença garante o pagamento de indenização para perda, redução ou incapacidade funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, sendo o valor da indenização proporcional à lesão. Diz que os documentos apresentados nos autos comprovam a invalidez permanente, fazendo jus à indenização total, com reforma da sentença, uma vez que demonstrado o nexo causal.

Preliminarmente requer a nulidade do laudo pericial e da sentença prolatada, determinando-se a realização de nova perícia e, *“alternativamente pede provimento para anular a sentença a fim de que seja produzida a prova testemunhal pretendida pelo AUTOR/APELANTE, evitando assim o cerceamento na produção da prova”*. No mérito, requer o provimento do recurso de apelação, para que seja reformada a sentença com a *“consequente condenação da RÉ/APELADA apagar a indenização devida ao AUTOR/APELANTE, em razão do seguro contratado, corrigido monetariamente, a partir da citação e acrescidos dos juros legais, nos termos da inicial”*. Pede a

inversão da sucumbência, com a fixação de honorários no patamar de 20% sobre o valor da condenação (fls. 592/606).

Recurso tempestivo, isento de preparo e respondido (fls. 610/635).

É o relatório.

Narra a petição inicial que o autor foi funcionário da empresa Knorr Bremse Sistema Para Veículos Comerciais Brasil Ltda, e seu contrato de trabalho teve vigência de 13/10/2003 a 03/01/2023, sendo acometido de doença do trabalho antes do fim da vigência.

Afirma que passou a apresentar sérios problemas de saúde, sendo afastado e beneficiado pelo INSS no código 91 em diversas oportunidades. Informa que atualmente está aposentado por invalidez permanente, e que no contrato de seguro firmado pelo empregador em seu favor, consta cobertura por invalidez permanente no valor de R\$ 134.171,40. Afirma que a invalidez permanente por acidente/doença garante o pagamento de indenização para perda, redução ou incapacidade funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, sendo o valor da indenização proporcional à lesão. Diz que os documentos apresentados nos autos comprovam a invalidez permanente, fazendo jus à indenização total, e que a sentença deve ser reformada, uma vez demonstrado o nexo causal.

Requer a condenação da ré ao pagamento de indenização no valor de R\$ 134.171,40, nos termos da apólice de seguro 861502(fl. 01/08).

Relatada a situação fática, passo à análise das razões de recurso de apelação interposto. A preliminar de cerceamento de defesa confunde-se com o mérito, e, com ele, será analisado.

No conceito legal, o seguro é o contrato pelo qual o segurador se obriga mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados, de acordo com o artigo 757 do Código Civil.

Inegável o caráter consensual do contrato de seguro, ainda que firmado por meio de apólice padrão.

Diante dessa relação bilateral, uma vez pago pelo segurado o prêmio ajustado, a obrigação do segurador só surge quando e se sobrevier o acontecimento previsto no contrato, ou seja, se ocorrer o risco previsto. Importante a fixação desse conceito, para não se olvidar que a bilateralidade contratual se desenvolve na adequação prêmio/risco coberto: o prêmio é fixado exatamente em função do risco garantido.

Uma vez presente essa realidade, quando a

apólice limitar ou particularizar os riscos do seguro, não responderá por outros o segurador.

Assim, necessária a aferição da existência de cobertura securitária para o caso dos autos.

De início, cumpre consignar que não se vislumbra qualquer violação ao direito à informação, e que nem mesmo é caso de inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor. As cláusulas contratuais que o autor alega limitativas, devem ser consideradas válidas.

Isso porque o apelante nada trouxe para indicar que, quando da contratação, teria sido de qualquer modo ludibriado pela ré ou que esta teria omitido informações acerca das coberturas que, inclusive, foram expressamente detalhadas no contrato apresentado a fls. 16/19, e no qual consta do item “*Informações Complementares*” que “*As condições contratuais deste produto protocolizada pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta*” (fls. 26 e 28). Assim, ao contrário do que alega o apelante, não há dúvidas acerca das coberturas e condições do contrato, uma vez que além de expressas no documento apresentado, as informações estavam à sua disposição.

Destarte, neste ponto, não se desincumbiu o autor do ônus contido no art. 373, I, do CPC, quanto à prova de

violação ao direito à informação pela ré ou a existência de qualquer vício.

No mais, a fim de aferir a natureza e extensão da enfermidade apontada pelo autor, foi realizada a perícia médica, na qual o *expert* após anamnese e exame clínico constatou que o autor:

“O autor é portador de doença degenerativa da coluna cervical e lombar, submetido a tratamento cirúrgico de artrodese de vértebras lombares L5-S1, com reabilitação fisioterápica e uso de medicamentos, evoluindo com sequelas permanentes em sua coluna lombar com repercussão neurológica. Esta mobilidade reduzida de sua coluna lombar com repercussão neurológica em seus membros inferiores foi determinante para o INSS o considerar incapaz permanente para atividades laborativas, concedendo o benefício de Aposentadoria por Incapacidade total e permanente (Invalidez permanente).

Sobre invalidez permanente total ou parcial por acidente: Não há enquadramento, pois não houve acidente.

Sobre Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): Não há enquadramento, pois não se obteve 60 pontos dos 80 possíveis.” (fls. 550/568 - Destacamos).

Nesse sentido, verifico que as questões acerca do quadro clínico do autor foram devidamente analisadas e completamente apreciadas, não havendo que se falar em vício no laudo

elaborado e, tampouco em cerceamento de defesa, de modo que a produção de prova pericial ou o retorno dos autos para realização do novo laudo se mostra desnecessária.

Anote-se, ainda, que a teoria adotada pelo Código de Processo Civil, nesse ponto, é a do livre convencimento motivado ou da persuasão racional do juiz, tendo o julgador a liberdade na análise dos elementos de convicção contidos nos autos e concluir se são suficientes ou não para embasar seu convencimento e, por consequência, afastar as provas que considerar desnecessárias à solução da controvérsia. É nesse sentido o disposto nos artigos 370 e 371 do Código de Processo Civil.

In casu, portanto, não se há de falar em cerceamento de defesa por ausência de prova testemunhal ou nulidade do laudo pericial por erro ou contradição, uma vez que, consta do laudo pericial a conclusão expressa do Sr. Perito que declarou que “*Sobre Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): Não há enquadramento, pois não se obteve 60 pontos dos 80 possíveis*” (fl. 562), a qual está fundada na análise pormenorizada do quadro do autor, por meio dos critérios estabelecidos pela Comissão de Medicina de Seguros da FENASEG – Federação Nacional das Seguradoras, através do IAIF – Instrumento para Avaliação da Invalidez Funcional, uma vez que sua doença não se enquadra em nenhuma das condições citadas às fls. 557 (item A), sendo suficiente para o deslinde do feito.

Cumprе ressaltar que, com base nos

citados critérios a condição do autor é analisada com base no enquadramento de duas tabelas: “*B.1. TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICASESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS*” e “*B.2. TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE*”, nos seguintes termos:

“Serão concedidos pontos, baseado em cada tópico de situação analisada, com pontuação máxima possível igual a 80 e para a caracterização de invalidez funcional há de se obter 60 dos 80.

B.1.1. Relações do Segurado com o cotidiano

B.1.2. Condições clínicas e estruturais do Segurado

B.1.3. Conectividade do Segurado com a vida

Cada subitem tem 3 níveis possíveis de restrições qualitativas, em cada um dos domínios, nas quais o avaliado deve ser enquadrado, a depender da gravidade do comprometimento, classificados de 1o a 3o grau, com pontuação de 0 a 20.

- 1o grau - 00 PONTOS

- 2o grau - 10 PONTOS

- 3o grau - 20 PONTOS”

Contudo, realizada a análise de forma pormenorizada e fundamentada pelo perito, concluiu-se que “- *Somando-*

se a pontuação obtida pela aplicação das duas tabelas e o total de pontos excedendo a 60, caracteriza-se o estado de invalidez funcional permanente e total por doença. Pontuação total do autor: 00". Assim, não há que se falar em direito de indenização, uma vez que não restou comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença.

Vale ressaltar que em resposta aos quesitos formulados pelo autor e réu, o experto não nega a doença e tampouco a invalidez para o trabalho que, inclusive, foi fundamento para a concessão do benefício do INSS no código 91 e, ainda, para a aposentadoria por invalidez, contudo, quanto à indenização ora pretendida, que possui requisitos e conceitos diversos, o experto foi claro ao concluir a doença do autor é degenerativa e não do trabalho, de modo que não há fato gerador a justificar a indenização prevista na apólice do seguro.

Por oportuno vale citar:

“9. Há nos autos laudos médicos que atestam em algum momento doença do trabalho?

Resposta: Não. O que há nos laudos médicos é a dificuldade do autor realizar as atividades que são extenuantes, não podendo ficar em posição ortostática por muito tempo, não podendo carregar peso, por causa da artrodese efetuada. A doença do autor é degenerativa.” (fls. 566/567)

Assim, verifico que os fundamentos do

laudo foram expressamente demonstrados indicando detalhadamente o quadro do autor, com análise do histórico apresentado pelos documentos médicos, e realização de IAIF – Instrumento para Avaliação da Invalidez Funcional, tudo conforme exigido pela legislação, de modo que não há que se falar em nulidade do laudo ou necessidade de nova perícia, uma vez que tal pretensão decorre do resultado que é desfavorável ao autor apelante.

Nesse contexto, temos que a perícia produzida foi bem realizada por profissional habilitado, isento e equidistante dos interesses das partes, tendo o perito elaborado laudo circunstanciado de forma regular e dentro das normas vigentes, com fundamento nas regras dos seguros e no quadro de saúde do autor, atendendo ao disposto no art. 473 do Código de Processo Civil, *in verbs*:

Art. 473. O laudo pericial deverá conter:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

§ 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica,

indicando como alcançou suas conclusões.

Portanto, não há que se falar em erro, contradição ou imprecisão no laudo pericial que justifique sua anulação e realização de nova prova pericial.

Nota-se, ademais, que para a configuração do direito alegado, a suposta invalidez deveria ter sido demonstrada com o atingimento da pontuação de, no mínimo, 60 pontos no citado IAIF – Instrumento para Avaliação da Invalidez Funcional.

Desse modo, não há dúvidas de que não comprovada a alegada invalidez funcional permanente total por doença.

Assim, o laudo de perícia médica produzido sob o crivo do contraditório e da ampla defesa foi conclusivo no sentido de que a condição física do autor decorreu de doença degenerativa, sem identificação de invalidez funcional total e permanente por doença.

Nada obstante as alegações do autor quanto aos documentos anteriormente produzidos e juntados nos autos e supostamente não analisados pela sentença, verifico que suas alegações não merecem prosperar, uma vez que a prova técnica realizada é a pertinente ao caso e suficiente para afastar o direito alegado, uma vez que os documentos médicos apresentados, embora comprovem o diagnóstico da doença e as alegadas incapacidades funcionais, não são

provas hábeis e contundente quanto à invalidez funcional por doença, nos termos já expostos. Do mesmo modo, a prova testemunhal requerida não tem o condão de se sobrepor à prova pericial, uma vez que a questão controvertida é eminentemente técnica.

Portanto, conclui-se que a obrigação do segurador só surge quando sobrevier o evento previsto no contrato, na hipótese em exame, a Invalidez funcional permanente total por doença, o que, segundo a prova pericial produzida, não restou demonstrada, de modo que não há que se falar no pagamento da indenização pretendida, uma vez que o contrato de seguro deve ser interpretado restritivamente.

Compartilha do mesmo entendimento este

E. Tribunal de Justiça:

SEGURO DE VIDA EM GRUPO - AÇÃO DE COBRANÇA – Invalidez funcional total e permanente - Cerceamento de defesa – Inocorrência - Prova pericial bem elaborada e elucidativa, que não foi infirmada – Constatação de incapacidade parcial e permanente para o trabalho - Segurado portador de doença degenerativa não provocada pelo desempenho da atividade laboral – Invalidez funcional total e permanente por doença – Inocorrência – Ausência de cobertura - Indenização indevida - Ação improcedente – Recurso desprovido, com observação. (TJSP; Apelação Cível 1034697-92.2021.8.26.0002; Relator (a): Melo Bueno; Órgão Julgador: 35ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/05/2024; Data de Registro: 13/05/2024).

“APELAÇÃO - Ação de cobrança de indenização securitária - Seguro de vida em grupo, com cobertura para invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA) e para invalidez funcional permanente total por doença (IFPD) - Sentença de improcedência - Manutenção - Necessidade. Preliminar - Nulidade do

laudo pericial - Não ocorrência - O mero descontentamento da parte com as conclusões do perito não autoriza o refazimento da prova e tampouco justifica a anulação da sentença para questionamentos suplementares ou determinação de nova perícia. Mérito - Inexistência de acidente pessoal, a que não se equipara o acidente de trabalho, ou de invalidez funcional permanente (IFPD), que não tem relação com invalidez profissional do segurado (ILPD) - Laudo pericial indicando que não há incapacidade para as atividades habituais da vida diária e da vida pessoal, que é pressuposto para o reconhecimento da IFPD - Indenização indevida - Precedentes deste colegiado - Sentença mantida - RECURSO DESPROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1009168-03.2021.8.26.0348; Relator (a): Michel Chakur Farah; Órgão Julgador: 28ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mauá - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/09/2024; Data de Registro: 25/09/2024).

“Ação de cobrança de indenização securitária. Seguro de vida. Sentença de improcedência. Apelo do autor. Contrato que previu a cobertura para, entre outras, Invalidez Permanente por Acidente (total ou parcial), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Pagamento Antecipado Especial por Consequência de Doença Profissional. Autor que apresenta "tendinopatia/tendinose do tendão supraespinhal". Conclusão da perícia judicial de que o autor não se enquadra em situação para as indenizações pleiteadas. Doença não caracterizada como profissional. Inocorrência da perda da existência independente do segurado ou do exercício de suas relações autonômicas. Mesmo que o segurado não tivesse recebido a apólice com as condições gerais, a poderia requerer a qualquer momento da seguradora. E a recusa ao seu fornecimento não foi evidenciada. De mais a mais, tratando-se de contrato de seguro de vida coletivo, é do estipulante a obrigação de prestar informações prévias aos segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão (STJ, Tema Repetitivo nº 1112). Indenização indevida. Sentença mantida. Apelação desprovida.” (TJSP; Apelação Cível 1005919-94.2021.8.26.0008; Relator (a): Moraes Pucci; Órgão Julgador: 26ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/09/2024; Data de Registro: 18/09/2024).

Por fim, em razão da sucumbência nesta fase recursal, e na consideração de que os honorários advocatícios foram

fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, majoro referida verba em 5% (art. 85, §11, do CPC) com fundamento nos critérios estabelecidos no §2º, incisos I a IV, do mesmo dispositivo legal, observados os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, perfazendo 15% do valor atualizado da causa, observada a concessão dos benefícios da justiça gratuita.

Por todas essas razões, de rigor a manutenção da r. sentença pelos seus próprios e bem lançados fundamentos.

Isto posto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso.

ANA LUIZA VILLA NOVA
Relatora