



Número: **0807028-98.2020.8.14.0040**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **23/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 16.483,02**

Processo referência: **0807028-98.2020.8.14.0040**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS (APELANTE)	JOAO PAULO DA SILVEIRA MARQUES (ADVOGADO)
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (APELADO)	THACIO FORTUNATO MOREIRA (ADVOGADO)
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	JORGE DE MENDONCA ROCHA (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
5844933	04/08/2021 13:10	Acórdão	Acórdão
5814125	04/08/2021 13:10	Relatório	Relatório
5814129	04/08/2021 13:10	Voto do Magistrado	Voto
5814130	04/08/2021 13:10	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0807028-98.2020.8.14.0040

APELANTE: EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS

APELADO: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

RELATOR(A): Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EMENTA

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA – PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO REJEITADA – MÉRITO: PEDIDO DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL - REQUERIMENTO DE VALOR INTEGRAL – AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ – TABELA DE CÁLCULO – VALOR PAGO PELA SEGURADORA DEVIDO - RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1-Preliminar de Não conhecimento:

1.1-Analisando detidamente os autos, observa-se que o recorrente, ao apelar, deve apresentar fundamentos de fato e de direito pelos quais haja impugnação precisa e direta da razão de decidir adotada pelo Juízo de 1º grau, sob pena de não conhecimento por desrespeito à regularidade formal, conforme o princípio da dialeticidade.

1.2-Nessa esteira de raciocínio, ao contrário do aludido pela recorrida, constata-se que tal postulado foi observado pelo apelante, eis que, mesmo que sucintamente, impugnou os termos da sentença, conforme é possível verificar pelo cotejo das razões recursais com as razões de decidir.

1.3-Preliminar rejeitada.



2-Mérito:

2.1- Em relação ao mérito propriamente dito, observa-se que o laudo médico juntado aos autos atestou a invalidez permanente parcial, no importe de 50% (cinquenta por cento), razão pela qual o valor da indenização deve ser quantificado na correspondência do grau de incapacidade/invalidez a que está acometido o autor.

2.2-De acordo com as cláusulas gerais do contrato, o percentual apontado em decorrência da incapacidade será pago levando-se em consideração o grau da invalidez, sendo que na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.3-In casu, considerando que a debilidade sofrida pelo recorrente fora classificada no segmento “fratura não consolidada do maxilar”, para qual, segundo a Tabela de Acidentes Pessoais da SUSEP, o limite da indenização é de até 20% (vinte por cento) do capital segurado, bem como o laudo médico juntado aos autos classificando o grau da lesão em 50% (cinquenta por cento), constata-se que a seguradora, ora apelada, procedeu com o pagamento da indenização relativa ao sinistro em discussão, não havendo que se falar em pagamento complementar de indenização securitária.

2.4-Sendo assim, considerando que a ré já efetuou o pagamento, não há que falar em condenação ao pagamento remanescente referente à invalidez que acomete o autor, não merecendo reparos a sentença ora vergastada que julgou a demanda improcedente.

3-Recurso conhecido e desprovido.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS e apelado MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Acordam Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

RELATÓRIO

RELATÓRIO



Tratam os presentes autos de recurso de APELAÇÃO interposto por EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS inconformado com a Sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Parauapebas/Pa que, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, julgou improcedente o pedido autoral, extinguindo o processo com resolução do mérito, nos termos do art. 487, inciso I do CPC, condenando a parte requerente ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como em honorários advocatícios na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §2º do CPC, tornando, entretanto, suspensa a exigibilidade, nos termos do art. 98, §§ 2º e 3º do CPC, tendo como ora apelada MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

O autor, ora apelante, ajuizou a presente demanda alegando ter sofrido acidente de trânsito em 12/05/2020, com fratura em face e trauma cranioencefálico (TCE), tendo sido submetido a tratamento cirúrgico de neurocirurgia, permanecendo com sequelas, hipertrofia em face, parestesia em face, deformidade local, possuindo invalidez em crânio e face com perda moderada em 50%, motivo pelo qual, por ser segurado da empresa requerida, pleiteou a indenização na via administrativa, recebendo apenas R\$ 1.516,98 (hum mil, quinhentos e dezesseis reais e noventa e oito centavos).

Aduziu ser devido o valor total previsto na apólice, qual seja, R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), abatendo-se o valor recebido administrativamente, fazendo jus o autor ao recebimento da importância de R\$ 16.483,02 (dezesseis mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), ou ainda, subsidiariamente, aplicar o percentual de 50% da invalidez de crânio de face, fazendo jus ao recebimento do montante de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos).

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (ID Nº. 4981590), que julgou improcedente a pretensão veiculada na exordial.

Inconformado, **EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 4981592), alegando que foi requerido os valores máximos contidos na apólice, em razão da ausência de informações ao autor por parte da seguradora sobre redução ao pagamento quanto à invalidez permanente por acidente ante a proporcionalidade do grau de invalidez aplicada pela tabela e circulares da SUSEP.

Sustenta que a seguradora requerida, em sede de 1º grau, não impugnou especificamente tais argumentos, afirmando, portanto, que tais fatos sejam considerados verdadeiros, com o julgamento do pedido totalmente procedente.

Aduz que no momento da contratação do seguro, não fora explicado claramente ao recorrente, as cláusulas contratuais inseridas no documento de adesão, salientando que sequer recebeu quaisquer documentos, apenas recebendo sua apólice após o pagamento administrativo, contendo somente os valores em caso de Invalidez por Acidente.

Afirma que os consumidores são protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor, ressaltando que se encontra em desvantagem em relação ao fornecedor de produtos e serviços,



cabendo a este o correto fornecimento das informações acerca dos mais diversos elementos constantes da relação de consumo, o que no caso em tela não fora respeitado.

Alega também, que a seguradora apelada descumpra o art. 54, §4º do CDC, por não dar ciência inequívoca das limitações do seguro contratado, especialmente sobre a graduação da indenização em decorrência da invalidez, não tendo a recorrida comprovado que o autor, ora recorrente, possuía ciência das cláusulas contidas no contrato de seguro firmado.

Por fim, requer o provimento do recurso, a fim de que a demanda seja julgada procedente, para condenar a requerida ao pagamento do valor de R\$ 16.483,02 (dezesesseis mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), ou subsidiariamente, aplicar o percentual de 50% da invalidez de crânio de face, fazendo jus ao recebimento do montante de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos).

Pleiteia ainda, que a parte requerida seja condenada em honorários sucumbenciais no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da condenação.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 4981597), a apelada requer, preliminarmente, que o recurso não seja conhecido, considerando a ausência de fundamento específico e coerente.

No mérito, refuta todos os argumentos trazidos pelo recorrente, pugnando pelo total improvimento do recurso.

É o Relatório

VOTO

VOTO

Prima facie, passo a análise da preliminar suscitada pela apelada.

PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO DA APELAÇÃO:

Alega a ora recorrida que o recurso de apelação é genérico, não apresentando impugnação específica em relação aos fundamentos apresentados na sentença, razão pela qual merece não ser conhecido.

Analisando detidamente os autos, observa-se que o recorrente, ao apelar, deve apresentar fundamentos de fato e de direito pelos quais haja impugnação precisa e direta da razão de



decidir adotada pelo Juízo de 1º grau, sob pena de não conhecimento por desrespeito à regularidade formal, conforme o princípio da dialeticidade.

Nessa esteira de raciocínio, ao contrário do aludido pela recorrida, constata-se que tal postulado foi observado pelo apelante, eis que, mesmo que sucintamente, impugnou os termos da sentença, conforme é possível verificar pelo cotejo das razões recursais com as razões de decidir, razão pela qual **rejeito a preliminar suscitada pela apelada.**

Vencida tal prefacial e avaliados os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelo apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

MÉRITO

O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da complementação da indenização securitária por invalidez parcial permanente, decorrente de lesões resultantes de acidente pessoal.

A contratação do seguro é fato incontroverso, pois não negada pela ré. De igual forma, a vigência da apólice à data do infortúnio também é questão incontroversa, eis que o alegado pelo autor na inicial não foi refutado pela ré em contestação, a qual se limitou a argumentar que o demandante não faz jus à complementação pleiteada.

A lide tem sede na alegação de que a parte autora faz jus à integralidade do capital segurado (R\$ 18.000,00 – 100%), em razão da existência de invalidez permanente. Alternativamente, requer-se que a indenização seja paga levando-se em conta o grau de invalidez a que está acometido o demandante, isto é, 50% (cinquenta por cento), perfazendo um valor de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), já descontado o valor recebido administrativamente.

Analisando detidamente os autos, observa-se que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável ao caso em exame, tanto pela relação de consumo existente entre as partes, quanto pelo caráter de adesão próprio dos contratos de seguro. Contudo, tal circunstância não elide a validade das cláusulas contratuais que preveem que o pagamento da indenização deve ser feito de acordo com o grau de invalidez do segurado.

Nesse sentido, colaciono a Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. PROPORCIONALIDADE. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. SENTENÇA MANTIDA. Configurada a invalidez permanente parcial por acidente, o valor da indenização, a ser alcançado ao segurado, deve respeitar o percentual previsto no contrato, segundo a extensão dos danos demonstrados. Em tendo ocorrido o pagamento, na esfera



administrativa, em conformidade com a tabela contratual, inexistente complementação a ser reconhecida. Sentença mantida. APELO DESPROVIDO (REsp nº 1.395.287 - RS (2013/0150633-0), Rel. Ministra Nancy Andrighi, J. em 24.10.2013).

Por outro lado, é cediço que a validade plena de referidas cláusulas, via de regra, está condicionada ao conhecimento prévio do segurado. Assim, para que possa haver a graduação do valor da indenização é necessário que o segurado tenha conhecimento da respectiva disposição contratual. In casu, todavia, observa-se que a estipulante do contrato era a empregadora do autor – a empresa CLEAR SERVIÇOS GERAIS EIRELI.

Ao contestar o feito, a seguradora ré acostou aos autos o contrato de seguro de vida em grupo firmado (ID N°. 4981561/ID N°. 4981559), onde constam todas as regras e das quais são partes integrantes as cláusulas gerais.

Com efeito, diz a legislação consumerista que se persistirem dúvidas quanto à cobertura securitária em determinadas situações, motivadas por interpretação das cláusulas contratuais, deverá a atividade interpretativa se efetivar favoravelmente ao consumidor, entretanto, no presente caso, há peculiaridades que merecem ser observadas. Vejamos:

Sabe-se que o contrato de seguro de vida em grupo não é firmado diretamente pelo segurado, que, na verdade, apenas adere à obrigação principal. Trata-se de um contrato firmado entre a estipulante e a seguradora, ao qual os funcionários aderem. Em se tratando de estipulação em favor de terceiro, não há de fato como o segurado tomar ciência dos termos da contratação e de suas condições gerais, já que quem pactuou o seguro junto à companhia foi a estipulante, que desempenha nesta tríade também o papel de uma espécie de mandatária de seus obreiros para os fins do seguro de vida em grupo contratado, nos termos do art. 436 do CC.

A respeito do tema, colaciono Jurisprudência:

RECURSOS ESPECIAIS. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA PROTEÇÃO E DEFESA DOS CONSUMIDORES E BENEFICIÁRIOS DE PLANOS E APÓLICES. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE. NATUREZA DO PEDIDO. CONTRATO DE SEGURO. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE E GRUPO DE SEGURADOS. RELAÇÃO DE MANDATO. DECISÃO PROFERIDA EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ALCANCE TERRITORIAL DE SEUS EFEITOS. VIOLAÇÃO AO ART.535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. 1. Não há violação ao artigo 535, II, do CPC, pois embora rejeitados os embargos de declaração, a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu



pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da recorrente.[...] 5. 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. **No contrato de seguro de vida em grupo, cuja estipulação é feita em favor de terceiros, três são as partes interessadas: estipulante, responsável pela contratação com o segurador; segurador, que garante os interesses com a cobertura dos riscos especificados e o grupo segurado, usufrutuários dos benefícios, que assumem suas obrigações para com o estipulante.** 7. Nos termos da Resolução n.41/2000, do Conselho Nacional de Seguros Privados, estipulante é "a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras". 8. No seguro de vida em grupo, há entre o estipulante e o grupo segurado manifesta relação contratual de representatividade, situação na qual alguém, mandatário ou procurador, recebe poderes de outrem, mandante, para, em seu nome, praticar atos e administrar interesses. [...](REsp 1.170.855/RS,Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/08/2015,DJe 16/12/2015).

Nessa esteira de raciocínio, tratando-se de relação contratada para favorecer terceiro, não há que se falar em desrespeito ao art. 46 do CDC no fato de ao beneficiário não ter sido dada prévia ciência do conteúdo do contrato e de suas cláusulas gerais. O dever de informação, no caso em tela, ao beneficiário do seguro – especificamente de que o pagamento da indenização deve se dar de acordo com o grau de incapacidade – não é primariamente da seguradora ré, senão da estipulante (a empregadora), que atua, na relação mantida com aquela, como representante dos interesses do grupo segurado e, portanto, como mandatária que bem deve exercer o munus, inclusive de prestar também assistência de caráter informativo aos beneficiários/aderentes.

Desta feita, considerando a natureza do contrato de seguro do qual o autor é beneficiário, a regra do art. 46 do Código de Defesa do Consumidor acaba sendo mitigada, principalmente no caso em tela, em que o autor sustenta que a indenização deve corresponder ao valor total do capital segurado porque não tomou conhecimento prévio de que o quantum, no caso de incapacidade parcial, seria aferido de acordo com o respectivo grau.

Ademais, a teor do art. 436, parágrafo único do CC, o terceiro, em favor de quem se estipulou a obrigação, também é permitido exigi-la, ficando, todavia, sujeito às condições e normas do contrato, se a ele anuir, e o estipulante não o inovar, nos termos do art. 438 do CC

Nesse diapasão, o empregado/beneficiário adere ao seguro e, por efeito da intermediação e representação da empregadora/estipulante, é em face desta que deve o obreiro



exercer seu direito de informação quanto aos aspectos, condições e normas do contrato. Pode ele exigir, sim, o cumprimento da obrigação junto à contratada/seguradora, sujeitando-se, contudo, aos termos da referida contratação, situação que, mitiga, em relação à seguradora, o dever de informação prévia acerca das cláusulas e condições pactuadas.

Assim, não há como abrigar a tese do recorrente, de que a indenização deve corresponder ao total do capital segurado, porque não lhe foi dada ciência prévia de que o valor seria calculado de acordo com o grau de incapacidade.

Em relação ao mérito propriamente dito, observa-se que o laudo médico juntado aos autos atestou a invalidez permanente parcial, no importe de 50% (cinquenta por cento), razão pela qual o valor da indenização deve ser quantificado na correspondência do grau de incapacidade/invalidez a que está acometido o autor.

A respeito do assunto, vejamos a Jurisprudência Pátria:

CIVIL - SEGURO DE VIDA EM GRUPO - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E PARCIAL POR ACIDENTE - CAPITAL SEGURADO - VALOR DA INDENIZAÇÃO - APLICAÇÃO DE TABELA REDUTIVA DO CAPITAL SEGURADO - CABIMENTO - CIÊNCIA DO SEGURADO - OBRIGAÇÃO DA ESTIPULANTE. **É aplicável a redução variável do capital segurado com base em tabela constante nas "Condições Gerais" do contrato, na medida em que indicada a existência de cláusula limitativa na apólice, cuja obrigação de cientificação não era da seguradora, mas da estipulante do seguro em grupo. MEDIDA DA INVALIDEZ - DEBILIDADE PARCIAL CONSTATADA EM PERÍCIA MÉDICA - GRADAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – POSSIBILIDADE. Demonstrado em perícia médica que a invalidez é parcial, deve o valor da indenização securitária corresponder ao percentual da incapacidade apurado pelo expert, calculado sobre o capital segurado pactuado.** (TJSC, Apelação Cível n. 0300337-86.2014.8.24.0031, Relator: Luiz César Medeiros, Origem: Indaial, Orgão Julgador: Quinta Câmara de Direito Civil, Julgado em: 20/02/2017)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. TOGADA A QUO QUE JULGOU IMPROCEDENTES E OS PLEITOS EXORDIAIS. IRRESIGNAÇÃO DO AUTOR. AGRAVOS RETIDOS. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ARTS. 2º E 3º DA LEGISLAÇÃO CONSUMERISTA. PARTES QUE SE ENQUADRAM NO CONCEITO DE CONSUMIDOR E FORNECEDOR DE SERVIÇOS. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA AUTORIZADA FACE DA



HIPOSSUFICIÊNCIA DA REQUERENTE. [...] CARÊNCIA DE AÇÃO. NECESSIDADE DE PRÉVIA COMUNICAÇÃO DO SINISTRO. PRECEDENTE DO EXCELSO PRETÓRIO QUE DESLINDOU A TEMÁTICA QUANTO AOS PROCESSOS PREVIDENCIÁRIOS. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA PARA AS HIPÓTESES SECURITÁRIAS. HIPÓTESE, TODAVIA, QUE DEVE SER ANALISADA CONSOANTE O § 2º DO ART. 282 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. DECRETAÇÃO DE NULIDADE INVIÁVEL IN CASU. JULGAMENTO DO MÉRITO QUE APROVEITA À PARTE QUE PLEITEIA O RECONHECIMENTO DO VÍCIO PROCESSUAL. PRELIMINARES AFASTADAS. MÉRITO. **CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. APÓLICE QUE PREVÊ COBERTURA PARA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL. INVALIDEZ FUNCIONAL. CLÁUSULAS COMPLEMENTARES QUE APONTAM TRATAR-SE DE SITUAÇÃO QUE IMPLICA NA PERDA DE EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO. ASPECTO NÃO VISLUMBRADO IN CASU. ESTIPULANTE QUE SE TRATA DE MANDATÁRIO DO AUTOR. CONTRATAÇÃO EM BENEFÍCIO DE TERCEIRO. AUSÊNCIA DE AFRONTA AO PERGAMINHO CONSUMERISTA. ENFOQUE QUE DEVE SE DAR, TAMBÉM, NOS TERMOS DO ART. 757 DO CÓDIGO CIVIL. COBERTURA SECURITÁRIA QUE ENGLOBA OS RISCOS PREDETERMINADOS. ÓBICE DE ELASTECIMENTO DA PREVISÃO DE INDENIZAÇÃO** [...] (TJSC, Apelação Cível: 0300495-30.2014.8.24.0068, Relator: Rosane Portella Wolff, Origem: Seara, Órgão Julgador: Quinta Câmara de Direito Civil, Julgado em: 20/02/2017).

De acordo com as cláusulas gerais do contrato, o percentual apontado em decorrência da incapacidade será pago levando-se em consideração o grau da invalidez, sendo que na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

In casu, considerando que a debilidade sofrida pelo recorrente fora classificada no segmento “fratura não consolidada do maxilar”, para qual, segundo a Tabela de Acidentes Pessoais da SUSEP, o limite da indenização é de até 20% (vinte por cento) do capital segurado, bem como o laudo médico juntados aos autos classificando o grau da lesão em 50% (cinquenta por cento), constata-se que a seguradora, ora apelada, procedeu com o pagamento da indenização relativa ao sinistro em discussão, não havendo que se falar em pagamento complementar de indenização securitária.

Sendo assim, considerando que a ré já efetuou o pagamento, não há que falar em condenação ao pagamento remanescente referente à invalidez que acomete o autor, não



merecendo reparos a sentença ora vergastada que julgou a demanda improcedente.

DISPOSITIVO:

Ante o exposto, **CONHEÇO DO RECURSO E NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Parauapebas/Pa, que julgou a demanda improcedente, por inexistir valor remanescente a ser pago, referente à invalidez que acomete o autor, ora apelante.

É COMO VOTO.

Belém, 04/08/2021



RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de recurso de APELAÇÃO interposto por EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS inconformado com a Sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Parauapebas/Pa que, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, julgou improcedente o pedido autoral, extinguindo o processo com resolução do mérito, nos termos do art. 487, inciso I do CPC, condenando a parte requerente ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como em honorários advocatícios na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §2º do CPC, tornando, entretanto, suspensa a exigibilidade, nos termos do art. 98, §§ 2º e 3º do CPC, tendo como ora apelada MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

O autor, ora apelante, ajuizou a presente demanda alegando ter sofrido acidente de trânsito em 12/05/2020, com fratura em face e trauma cranioencefálico (TCE), tendo sido submetido a tratamento cirúrgico de neurocirurgia, permanecendo com sequelas, hipertrofia em face, parestesia em face, deformidade local, possuindo invalidez em crânio e face com perda moderada em 50%, motivo pelo qual, por ser segurado da empresa requerida, pleiteou a indenização na via administrativa, recebendo apenas R\$ 1.516,98 (hum mil, quinhentos e dezesseis reais e noventa e oito centavos).

Aduziu ser devido o valor total previsto na apólice, qual seja, R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), abatendo-se o valor recebido administrativamente, fazendo jus o autor ao recebimento da importância de R\$ 16.483,02 (dezesseis mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), ou ainda, subsidiariamente, aplicar o percentual de 50% da invalidez de crânio de face, fazendo jus ao recebimento do montante de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos).

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (ID Nº. 4981590), que julgou improcedente a pretensão veiculada na exordial.

Inconformado, **EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 4981592), alegando que foi requerido os valores máximos contidos na apólice, em razão da ausência de informações ao autor por parte da seguradora sobre redução ao pagamento quanto à invalidez permanente por acidente ante a proporcionalidade do grau de invalidez aplicada pela tabela e circulares da SUSEP.

Sustenta que a seguradora requerida, em sede de 1º grau, não impugnou especificamente tais argumentos, afirmando, portanto, que tais fatos sejam considerados verdadeiros, com o julgamento do pedido totalmente procedente.

Aduz que no momento da contratação do seguro, não fora explicado claramente ao



recorrente, as cláusulas contratuais inseridas no documento de adesão, salientando que sequer recebeu quaisquer documentos, apenas recebendo sua apólice após o pagamento administrativo, contendo somente os valores em caso de Invalidez por Acidente.

Afirma que os consumidores são protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor, ressaltando que se encontra em desvantagem em relação ao fornecedor de produtos e serviços, cabendo a este o correto fornecimento das informações acerca dos mais diversos elementos constantes da relação de consumo, o que no caso em tela não fora respeitado.

Alega também, que a seguradora apelada descumpra o art. 54, §4º do CDC, por não dar ciência inequívoca das limitações do seguro contratado, especialmente sobre a graduação da indenização em decorrência da invalidez, não tendo a recorrida comprovado que o autor, ora recorrente, possuía ciência das cláusulas contidas no contrato de seguro firmado.

Por fim, requer o provimento do recurso, a fim de que a demanda seja julgada procedente, para condenar a requerida ao pagamento do valor de R\$ 16.483,02 (dezesesseis mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), ou subsidiariamente, aplicar o percentual de 50% da invalidez de crânio de face, fazendo jus ao recebimento do montante de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos).

Pleiteia ainda, que a parte requerida seja condenada em honorários sucumbenciais no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da condenação.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 4981597), a apelada requer, preliminarmente, que o recurso não seja conhecido, considerando a ausência de fundamento específico e coerente.

No mérito, refuta todos os argumentos trazidos pelo recorrente, pugnando pelo total improvimento do recurso.

É o Relatório



VOTO

Prima facie, passo a análise da preliminar suscitada pela apelada.

PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO DA APELAÇÃO:

Alega a ora recorrida que o recurso de apelação é genérico, não apresentando impugnação específica em relação aos fundamentos apresentados na sentença, razão pela qual merece não ser conhecido.

Analisando detidamente os autos, observa-se que o recorrente, ao apelar, deve apresentar fundamentos de fato e de direito pelos quais haja impugnação precisa e direta da razão de decidir adotada pelo Juízo de 1º grau, sob pena de não conhecimento por desrespeito à regularidade formal, conforme o princípio da dialeticidade.

Nessa esteira de raciocínio, ao contrário do aludido pela recorrida, constata-se que tal postulado foi observado pelo apelante, eis que, mesmo que sucintamente, impugnou os termos da sentença, conforme é possível verificar pelo cotejo das razões recursais com as razões de decidir, razão pela qual **rejeito a preliminar suscitada pela apelada.**

Vencida tal prefacial e avaliados os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelo apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

MÉRITO

O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da complementação da indenização securitária por invalidez parcial permanente, decorrente de lesões resultantes de acidente pessoal.

A contratação do seguro é fato incontroverso, pois não negada pela ré. De igual forma, a vigência da apólice à data do infortúnio também é questão incontroversa, eis que o alegado pelo autor na inicial não foi refutado pela ré em contestação, a qual se limitou a argumentar que o demandante não faz jus à complementação pleiteada.

A lide tem sede na alegação de que a parte autora faz jus à integralidade do capital segurado (R\$ 18.000,00 – 100%), em razão da existência de invalidez permanente. Alternativamente, requer-se que a indenização seja paga levando-se em conta o grau de invalidez a que está acometido o demandante, isto é, 50% (cinquenta por cento), perfazendo um valor de R\$ 7.483,02 (sete mil, quatrocentos e oitenta e três reais e dois centavos), já descontado o valor recebido administrativamente.

Analisando detidamente os autos, observa-se que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável ao caso em exame, tanto pela relação de consumo existente entre as partes, quanto pelo caráter de adesão próprio dos contratos de seguro. Contudo, tal circunstância



não elide a validade das cláusulas contratuais que preveem que o pagamento da indenização deve ser feito de acordo com o grau de invalidez do segurado.

Nesse sentido, colaciono a Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. PROPORCIONALIDADE. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. SENTENÇA MANTIDA. Configurada a invalidez permanente parcial por acidente, o valor da indenização, a ser alcançado ao segurado, deve respeitar o percentual previsto no contrato, segundo a extensão dos danos demonstrados. Em tendo ocorrido o pagamento, na esfera administrativa, em conformidade com a tabela contratual, inexistente complementação a ser reconhecida. Sentença mantida. APELO DESPROVIDO (REsp nº 1.395.287 - RS (2013/0150633-0), Rel. Ministra Nancy Andrighi, J. em 24.10.2013).

Por outro lado, é cediço que a validade plena de referidas cláusulas, via de regra, está condicionada ao conhecimento prévio do segurado. Assim, para que possa haver a graduação do valor da indenização é necessário que o segurado tenha conhecimento da respectiva disposição contratual. In casu, todavia, observa-se que a estipulante do contrato era a empregadora do autor – a empresa CLEAR SERVIÇOS GERAIS EIRELI.

Ao contestar o feito, a seguradora ré acostou aos autos o contrato de seguro de vida em grupo firmado (ID Nº. 4981561/ID Nº. 4981559), onde constam todas as regras e das quais são partes integrantes as cláusulas gerais.

Com efeito, diz a legislação consumerista que se persistirem dúvidas quanto à cobertura securitária em determinadas situações, motivadas por interpretação das cláusulas contratuais, deverá a atividade interpretativa se efetivar favoravelmente ao consumidor, entretanto, no presente caso, há peculiaridades que merecem ser observadas. Vejamos:

Sabe-se que o contrato de seguro de vida em grupo não é firmado diretamente pelo segurado, que, na verdade, apenas adere à obrigação principal. Trata-se de um contrato firmado entre a estipulante e a seguradora, ao qual os funcionários aderem. Em se tratando de estipulação em favor de terceiro, não há de fato como o segurado tomar ciência dos termos da contratação e de suas condições gerais, já que quem pactuou o seguro junto à companhia foi a estipulante, que desempenha nesta tríade também o papel de uma espécie de mandatária de seus obreiros para os fins do seguro de vida em grupo contratado, nos termos do art. 436 do CC.

A respeito do tema, colaciono Jurisprudência:



RECURSOS ESPECIAIS. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA PROTEÇÃO E DEFESA DOS CONSUMIDORES E BENEFICIÁRIOS DE PLANOS E APÓLICES. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE. NATUREZA DO PEDIDO. CONTRATO DE SEGURO. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ESTIPULANTE E GRUPO DE SEGURADOS. RELAÇÃO DE MANDATO.** DECISÃO PROFERIDA EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ALCANCE TERRITORIAL DE SEUS EFEITOS. VIOLAÇÃO AO ART.535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. 1. Não há violação ao artigo 535, II, do CPC, pois embora rejeitados os embargos de declaração, a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da recorrente.[...] 5. 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. **No contrato de seguro de vida em grupo, cuja estipulação é feita em favor de terceiros, três são as partes interessadas: estipulante, responsável pela contratação com o segurador; segurador, que garante os interesses com a cobertura dos riscos especificados e o grupo segurado, usufrutuários dos benefícios, que assumem suas obrigações para com o estipulante.** 7. Nos termos da Resolução n.41/2000, do Conselho Nacional de Seguros Privados, estipulante é "a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras". 8. No seguro de vida em grupo, há entre o estipulante e o grupo segurado manifesta relação contratual de representatividade, situação na qual alguém, mandatário ou procurador, recebe poderes de outrem, mandante, para, em seu nome, praticar atos e administrar interesses. [...](REsp 1.170.855/RS,Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/08/2015,DJe 16/12/2015).

Nessa esteira de raciocínio, tratando-se de relação contratada para favorecer terceiro, não há que se falar em desrespeito ao art. 46 do CDC no fato de ao beneficiário não ter sido dada prévia ciência do conteúdo do contrato e de suas cláusulas gerais. O dever de informação, no caso em tela, ao beneficiário do seguro – especificamente de que o pagamento da indenização deve se dar de acordo com o grau de incapacidade – não é primariamente da seguradora ré, senão da estipulante (a empregadora), que atua, na relação mantida com aquela, como representante dos interesses do grupo segurado e, portanto, como mandatária que bem deve exercer o munus, inclusive de prestar também assistência de caráter informativo aos



beneficiários/aderentes.

Desta feita, considerando a natureza do contrato de seguro do qual o autor é beneficiário, a regra do art. 46 do Código de Defesa do Consumidor acaba sendo mitigada, principalmente no caso em tela, em que o autor sustenta que a indenização deve corresponder ao valor total do capital segurado porque não tomou conhecimento prévio de que o quantum, no caso de incapacidade parcial, seria aferido de acordo com o respectivo grau.

Ademais, a teor do art. 436, parágrafo único do CC, o terceiro, em favor de quem se estipulou a obrigação, também é permitido exigi-la, ficando, todavia, sujeito às condições e normas do contrato, se a ele anuir, e o estipulante não o inovar, nos termos do art. 438 do CC

Nesse diapasão, o empregado/beneficiário adere ao seguro e, por efeito da intermediação e representação da empregadora/estipulante, é em face desta que deve o obreiro exercer seu direito de informação quanto aos aspectos, condições e normas do contrato. Pode ele exigir, sim, o cumprimento da obrigação junto à contratada/seguradora, sujeitando-se, contudo, aos termos da referida contratação, situação que, mitiga, em relação à seguradora, o dever de informação prévia acerca das cláusulas e condições pactuadas.

Assim, não há como abrigar a tese do recorrente, de que a indenização deve corresponder ao total do capital segurado, porque não lhe foi dada ciência prévia de que o valor seria calculado de acordo com o grau de incapacidade.

Em relação ao mérito propriamente dito, observa-se que o laudo médico juntado aos autos atestou a invalidez permanente parcial, no importe de 50% (cinquenta por cento), razão pela qual o valor da indenização deve ser quantificado na correspondência do grau de incapacidade/invalidez a que está acometido o autor.

A respeito do assunto, vejamos a Jurisprudência Pátria:

CIVIL - SEGURO DE VIDA EM GRUPO - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E PARCIAL POR ACIDENTE - CAPITAL SEGURADO - VALOR DA INDENIZAÇÃO - APLICAÇÃO DE TABELA REDUTIVA DO CAPITAL SEGURADO - CABIMENTO - CIÊNCIA DO SEGURADO - OBRIGAÇÃO DA ESTIPULANTE. **É aplicável a redução variável do capital segurado com base em tabela constante nas "Condições Gerais" do contrato, na medida em que indicada a existência de cláusula limitativa na apólice, cuja obrigação de cientificação não era da seguradora, mas da estipulante do seguro em grupo. MEDIDA DA INVALIDEZ - DEBILIDADE PARCIAL CONSTATADA EM PERÍCIA MÉDICA - GRADAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – POSSIBILIDADE. Demonstrado em perícia médica que a invalidez é parcial, deve o valor da indenização securitária corresponder ao**



percentual da incapacidade apurado pelo expert, calculado sobre o capital segurado pactuado. (TJSC, Apelação Cível n. 0300337-86.2014.8.24.0031, Relator: Luiz César Medeiros, Origem: Indaial, Orgão Julgador: Quinta Câmara de Direito Civil, Julgado em: 20/02/2017)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. TOGADA A QUO QUE JULGOU IMPROCEDENTES E OS PLEITOS EXORDIAIS. IRRESIGNAÇÃO DO AUTOR. AGRAVOS RETIDOS. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ARTS. 2º E 3º DA LEGISLAÇÃO CONSUMERISTA. PARTES QUE SE ENQUADRAM NO CONCEITO DE CONSUMIDOR E FORNECEDOR DE SERVIÇOS. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA AUTORIZADA FACE DA HIPOSSUFICIÊNCIA DA REQUERENTE. [...] CARÊNCIA DE AÇÃO. NECESSIDADE DE PRÉVIA COMUNICAÇÃO DO SINISTRO. PRECEDENTE DO EXCELSO PRETÓRIO QUE DESLINDOU A TEMÁTICA QUANTO AOS PROCESSOS PREVIDENCIÁRIOS. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA PARA AS HIPÓTESES SECURITÁRIAS. HIPÓTESE, TODAVIA, QUE DEVE SER ANALISADA CONSOANTE O § 2º DO ART. 282 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. DECRETAÇÃO DE NULIDADE INVIÁVEL IN CASU. JULGAMENTO DO MÉRITO QUE APROVEITA À PARTE QUE PLEITEIA O RECONHECIMENTO DO VÍCIO PROCESSUAL. PRELIMINARES AFASTADAS. MÉRITO. **CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO. APÓLICE QUE PREVÊ COBERTURA PARA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL. INVALIDEZ FUNCIONAL. CLÁUSULAS COMPLEMENTARES QUE APONTAM TRATAR-SE DE SITUAÇÃO QUE IMPLICA NA PERDA DE EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO. ASPECTO NÃO VISLUMBRADO IN CASU. ESTIPULANTE QUE SE TRATA DE MANDATÁRIO DO AUTOR. CONTRATAÇÃO EM BENEFÍCIO DE TERCEIRO. AUSÊNCIA DE AFRONTA AO PERGAMINHO CONSUMERISTA. ENFOQUE QUE DEVE SE DAR, TAMBÉM, NOS TERMOS DO ART. 757 DO CÓDIGO CIVIL. COBERTURA SECURITÁRIA QUE ENGLOBA OS RISCOS PREDETERMINADOS. ÓBICE DE ELASTECIMENTO DA PREVISÃO DE INDENIZAÇÃO** [...] (TJSC, Apelação Cível: 0300495-30.2014.8.24.0068, Relator: Rosane Portella Wolff, Origem: Seara, Orgão Julgador: Quinta Câmara de Direito Civil, Julgado em: 20/02/2017).

De acordo com as cláusulas gerais do contrato, o percentual apontado em decorrência da incapacidade será pago levando-se em consideração o grau da invalidez, sendo



que na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

In casu, considerando que a debilidade sofrida pelo recorrente fora classificada no segmento “fratura não consolidada do maxilar”, para qual, segundo a Tabela de Acidentes Pessoais da SUSEP, o limite da indenização é de até 20% (vinte por cento) do capital segurado, bem como o laudo médico juntados aos autos classificando o grau da lesão em 50% (cinquenta por cento), constata-se que a seguradora, ora apelada, procedeu com o pagamento da indenização relativa ao sinistro em discussão, não havendo que se falar em pagamento complementar de indenização securitária.

Sendo assim, considerando que a ré já efetuou o pagamento, não há que falar em condenação ao pagamento remanescente referente à invalidez que acomete o autor, não merecendo reparos a sentença ora vergastada que julgou a demanda improcedente.

DISPOSITIVO:

Ante o exposto, **CONHEÇO DO RECURSO E NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Parauapebas/Pa, que julgou a demanda improcedente, por inexistir valor remanescente a ser pago, referente à invalidez que acomete o autor, ora apelante.

É COMO VOTO.



EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA – PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO REJEITADA – MÉRITO: PEDIDO DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL - REQUERIMENTO DE VALOR INTEGRAL – AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ – TABELA DE CÁLCULO – VALOR PAGO PELA SEGURADORA DEVIDO - RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1-Preliminar de Não conhecimento:

1.1-Analisando detidamente os autos, observa-se que o recorrente, ao apelar, deve apresentar fundamentos de fato e de direito pelos quais haja impugnação precisa e direta da razão de decidir adotada pelo Juízo de 1º grau, sob pena de não conhecimento por desrespeito à regularidade formal, conforme o princípio da dialeticidade.

1.2-Nessa esteira de raciocínio, ao contrário do aludido pela recorrida, constata-se que tal postulado foi observado pelo apelante, eis que, mesmo que sucintamente, impugnou os termos da sentença, conforme é possível verificar pelo cotejo das razões recursais com as razões de decidir.

1.3-Preliminar rejeitada.

2-Mérito:

2.1- Em relação ao mérito propriamente dito, observa-se que o laudo médico juntado aos autos atestou a invalidez permanente parcial, no importe de 50% (cinquenta por cento), razão pela qual o valor da indenização deve ser quantificado na correspondência do grau de incapacidade/invalidez a que está acometido o autor.

2.2-De acordo com as cláusulas gerais do contrato, o percentual apontado em decorrência da incapacidade será pago levando-se em consideração o grau da invalidez, sendo que na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.3-In casu, considerando que a debilidade sofrida pelo recorrente fora classificada no segmento “fratura não consolidada do maxilar”, para qual, segundo a Tabela de Acidentes Pessoais da SUSEP, o limite da indenização é de até 20% (vinte por cento) do capital segurado, bem como o laudo médico juntado aos autos classificando o grau da lesão em 50% (cinquenta por cento), constata-se que a seguradora, ora apelada, procedeu com o pagamento da indenização relativa ao sinistro em discussão, não havendo que se falar em pagamento complementar de indenização securitária.

2.4-Sendo assim, considerando que a ré já efetuou o pagamento, não há que falar em condenação ao pagamento remanescente referente à invalidez que acomete o autor, não merecendo reparos a sentença ora vergastada que julgou a demanda improcedente.

3-Recurso conhecido e desprovido.



Vistos, relatados e discutidos estes autos de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante EDUARDO DE SOUSA MEDEIROS e apelado MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Acordam Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

