



Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região

Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas 0002169-08.2024.5.14.0000

Relator: CARLOS AUGUSTO GOMES LOBO

Processo Judicial Eletrônico

Data da Autuação: 16/09/2024

Valor da causa: R\$ 216.624,96

Partes:

SUSCITANTE: Desembargadora Socorro Guimarães

SUSCITADO: PRUDENTIAL DO BRASIL VIDA EM GRUPO S.A.

ADVOGADO: ANA RITA DOS REIS PETRAROLI

SUSCITADO: ITAU UNIBANCO S.A.

ADVOGADO: RENATO CHAGAS CORREA DA SILVA

ADVOGADO: RENATO NORIYUKI DOTE

ADVOGADO: ESTEVAO MALLETT

TERCEIRO INTERESSADO: ITAU UNIBANCO S.A.

ADVOGADO: ANA RITA DOS REIS PETRAROLI

ADVOGADO: RENATO NORIYUKI DOTE

ADVOGADO: ESTEVAO MALLETT

CUSTOS LEGIS: Ministério Público do Trabalho



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO
TRIBUNAL PLENO

PROCESSO: 0002169-08.2024.5.14.0000
CLASSE: INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS
ORIGEM: TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO
ÓRGÃO JULGADOR: TRIBUNAL PLENO
SUSCITANTE: DESEMBARGADORA SOCORRO GUIMARÃES
1ª SUSCITADA: PRUDENTIAL DO BRASIL VIDA EM GRUPO S.A.
ADVOGADOS: ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO
2º SUSCITADO: ITAÚ UNIBANCO S.A.
ADVOGADOS: ESTÊVÃO MALLET E OUTROS
RELATOR: DESEMBARGADOR CARLOS AUGUSTO GOMES LÔBO

Ementa: DIREITO TRABALHISTA. INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS. ARTS. 976 DO CPC C/C 182 E SS DO REGIMENTO INTERNO DO TRT DA 14ª REGIÃO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. INCAPACIDADE PARA A FUNÇÃO EXERCIDA. INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS DE COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO.

I. CASO EM EXAME

1. Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR) suscitado para uniformizar a jurisprudência do Tribunal quanto à extensão da cobertura das apólices de seguro de vida em grupo firmadas por bancários nos casos de incapacidade total e permanente para a atividade exercida.
2. Divergência de entendimento entre as Turmas do Tribunal quanto à possibilidade de interpretação extensiva das cláusulas securitárias para contemplar indenização em casos de doença ocupacional incapacitante.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

3. A questão em discussão consiste em definir se a doença ocupacional, que gera incapacidade para a atividade laborativa pode ser equiparada ao acidente pessoal para fins de pagamento da indenização securitária prevista nas apólices de seguro de vida em grupo.

III. RAZÕES DE DECIDIR

4. A interpretação restritiva das apólices, defendida por parte da seguradora e do empregador, sustenta que as coberturas contratuais são limitadas aos eventos expressamente previstos, excluindo doenças ocupacionais.



5. Por outro lado, há posicionamento no sentido de que a incapacidade permanente decorrente de doença ocupacional deve ser equiparada a acidente pessoal, em razão da similaridade dos efeitos e da previsão do artigo 20 da Lei 8.213/1991, permitindo uma interpretação ampliada das cláusulas contratuais.

6. A divergência de entendimentos entre as Turmas justifica a admissibilidade do IRDR, conforme previsto no artigo 976 do CPC, considerando-se o risco de ofensa à isonomia e à segurança jurídica.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Admitido o Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR) por decisão unânime do Tribunal Pleno na sessão de julgamento virtual realizada nos dias 9 a 12 de dezembro de 2024, conforme acórdão de Id 5f24de6. No mérito, à unanimidade, fixa-se a tese jurídica "INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA PARA FIM DO PRÊMIO. IMPOSSIBILIDADE. QUADRO DE SAÚDE DEVE SE ENQUADRAR NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. VALIDADE DO CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AUSENTE COMPROVAÇÃO DE NULIDADE DAS CLÁUSULAS E DE VÍCIO DE CONSENTIMENTO" para conhecer do recurso ordinário de n. 0000406-97.2023.5.14.0002, de relatoria da Desembargadora Socorro Guimarães, que deu origem ao incidente e, no mérito, negar-lhe provimento, mantendo-se inalterada a r. sentença.

Tese de julgamento: No mérito do Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas, fixa-se a seguinte tese jurídica: "INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA PARA FIM DO PRÊMIO SECURITÁRIO. IMPOSSIBILIDADE. QUADRO DE SAÚDE DEVE SE ENQUADRAR NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. VALIDADE DO CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AUSENTE COMPROVAÇÃO DE NULIDADE DAS CLÁUSULAS E DE VÍCIO DE CONSENTIMENTO. Tratando-se de contrato de seguro de vida em grupo, decorrente de norma autônoma e securitária, não se admite interpretação extensiva ou analógica, devendo a hipótese ocorrida estar prevista clara e expressamente na cláusula de cobertura pelo seguro. Cabe ao reclamante comprovar que os limites estabelecidos na apólice de seguro são indevidos ou nulos, por se tratar de fato constitutivo do seu direito (inciso I do art. 818 da CLT)."

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 976 a 986; Lei 8.213/1991, art. 20.

Jurisprudências relevantes citadas: TST, AIRR-1101-27.2014.5.05.0193, 7ª Turma, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 10.03.2023; STJ - AgInt no AREsp: 2317112 CE 2023/0076085-3, Relator.: Ministro Raul Araújo, j. 20.11.2023, DJe 23.11.2023.



1 RELATÓRIO

Trata-se de Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR) suscitado pela Desembargadora Socorro Guimarães, visando uniformizar a jurisprudência do TRT da 14ª Região, quanto à amplitude da cobertura das apólices de seguro de vida em grupo firmadas pelos bancários, nos casos de incapacidade total e permanente para a atividade exercida no âmbito dos empregadores.

Segundo a suscitante, há efetiva repetição de processos contendo controvérsia sobre a mesma questão de direito em exame nestes autos, com entendimento contrário entre as Turmas no tocante ao reconhecimento ou não de doença laborativa incapacitante como inaptidão ensejadora de indenização pactuada nas apólices de seguro coletivo.

O incidente foi recebido conforme despacho de Id. 5d7d9e4, com determinação para distribuição a um relator no Tribunal Pleno, nos termos do art. 184 do Regimento Interno.

Em parecer anexado no Id. 8c853e1, o MPT opinou pela admissibilidade do incidente de resolução de demandas repetitivas suscitado.

Posteriormente, os autos vieram distribuídos a esta relatoria, na forma regimental, que, dando prosseguimento, determinei a comunicação à Relatora do feito originário de n. 0000406-97.2023.5.14.0002, bem como ao Núcleo de Gerenciamento de Precedentes (NUGEP) para fins de divulgação e publicidade (Id. d970d99).

O feito foi incluído em pauta de julgamento na sessão de julgamento extraordinária virtual do Tribunal Pleno realizada no período de 9 a 12 de dezembro de 2024 e foi admitido, conforme acórdão de id. 5f24de6.

Em parecer com Id da869b6, o Ministério Público do Trabalho se manifestou por ser cabível a indenização securitária quando demonstrada a incapacidade permanente, resultado de laudo pericial, para a função exercida pelo trabalhador, equiparando a doença ocupacional ao acidente pessoal, através de interpretação ampliativa, com base na disposição do artigo 20 da Lei 8.213 /1991.

Intimada, a PRUDENTIAL DO BRASIL VIDA EM GRUPO S.A. manifestou-se no sentido de que o contrato de seguro de vida em grupo tem natureza eminentemente



civil, decorrente de norma autônoma e específica, não se admitindo interpretação extensiva ou analógica (Id 24171e2). Afirma, em suma, que, diferente da responsabilidade civil trabalhista, que possui um conceito amplo e se estende de forma objetiva e subjetiva embasada em conceitos genéricos, o contrato de seguro é restrito, de forma a não permitir a ampliação de suas cláusulas.

O Banco ITAÚ UNIBANCO S.A. pontua que não se confundem os conceitos de seguro de acidente do trabalho, de natureza previdenciária, e as apólices de seguro de vida em grupo e acidentes sociais, reguladas pelos artigos 757 e 760, do Código Civil e do Decreto Lei 73 /1966. Entende que aplicar o direito previdenciário a uma relação particular, estabelecida entre seguradora e cliente, representa grave subversão ao direito de propriedade, ao devido processo legal e ao princípio da legalidade.

2.1. Admissibilidade

Por presentes os requisitos legais de admissibilidade, o IRDR foi admitido, à unanimidade, pelo Tribunal Pleno, na sessão de julgamento virtual realizada nos dias 9 a 12 de dezembro de 2024, conforme acórdão de Id. 5f24de6.

2 Mérito

Na hipótese, segundo o acórdão no Id 5f24de6, o Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas - IRDR foi admitido, ocasião em que fixou o seguinte tema para balizamento da tese jurídica do IRDR a ser estabelecida nesta demanda:

INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE PARA A FUNÇÃO EXERCIDA. RESULTADO DO LAUDO PERICIAL. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA PARA FIM DO PRÊMIO SECURITÁRIO. CONDIÇÃO EXCLUÍDA DO CONTRATO DE SEGURO. NECESSIDADE DA COMPROVAÇÃO DA AUSÊNCIA DE PERDA DA EXISTÊNCIA AUTÔNOMA. POSSIBILIDADE DE INTERPRETAÇÃO AMPLIATIVA COM ALCANCE DAS CLÁUSULAS DA APÓLICE PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA.

Segundo o artigo 976 do CPC, é cabível a instauração do incidente na ocorrência simultânea de dois requisitos: 1) efetiva repetição de processos que contenham controvérsia sobre a mesma questão unicamente de direito; 2) risco de ofensa à isonomia e à segurança jurídica.



No âmbito deste Regional, o incidente foi regulamentado pelo art. 182, que possui o seguinte teor:

Art. 182.

Caberá a instauração do incidente de resolução de demandas repetitivas quando houver, simultaneamente: efetiva repetição de processos que contenham controvérsia sobre a mesma questão unicamente de direito e risco de ofensa à isonomia e à segurança jurídica, aplicando-se ao incidente as normas dos arts. 976 a 986 do CPC e o preconizado em normatividade do Tribunal Superior do Trabalho.

§ 1º O incidente de resolução de demandas repetitivas pode ter por objeto questão de direito material ou processual.

§ 2º É incabível o incidente de resolução de demandas repetitivas quando um dos tribunais superiores, no âmbito de sua respectiva competência, já tiver afetado recurso para definição de tese sobre questão de direito material ou processual repetitiva.

§ 3º Somente serão admissíveis para a comprovação da efetiva repetição de processos, causas que contenham abrangente argumentação e discussão a respeito da questão a ser decidida no incidente de resolução de demandas repetitivas, sendo inadmissíveis para tanto as que tenha ocorrido revelia.

§ 4º A fim de se obedecer os requisitos da efetiva repetição de processos e controvérsia, não é suficiente para a admissão do incidente de resolução de demandas repetitivas que a questão a ser dirimida tenha sido discutida apenas em primeira instância, sendo necessário que exista pelo menos uma causa pendente de julgamento no Tribunal sobre a questão".

(...)

Na ocorrência de tais requisitos, torna-se necessária a instauração do IRDR, que objetiva evitar divergência interpretativa de idêntica questão jurídica, entre juízes de um mesmo Tribunal, a partir da uniformização de sua jurisprudência.

No caso, os acórdãos paradigmas citados na decisão de admissibilidade dão conta de que há divergência de entendimento entre as 1ª e 2ª Turmas quanto à amplitude da cobertura das apólices de seguro de vida, nos casos de incapacidade total e permanente para a atividade exercida pelo trabalhador.

A 1ª Turma endossa entendimento no sentido de que não se admite interpretação extensiva ou analógica, devendo a hipótese estar prevista clara e expressamente na cláusula de cobertura pelo seguro, não prosperando a tese de que a interpretação para pagamento do prêmio deve estender o termo "incapacidade total" para contemplar que essa incapacidade diz respeito tão somente a profissão exercida, quando tal condição não está prevista na norma privada, sobretudo quando há expressa exclusão da cobertura do plano securitário.



Nesse sentido, cito os processos n. 0000787-05.2023.5.14.0003, de relatoria da Desembargadora Vania Maria da Rocha Abensur Monteiro e n. 0000007-68.2023.5.14.0002, relator Desembargador Shikou Sadahiro, acórdãos publicados, respectivamente, em 22-8-2024 e 12-3-2024, com as seguintes ementas:

INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE. DOENÇA PROFISSIONAL. CONDIÇÃO EXCLUÍDA DO SEGURO. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. A responsabilidade da Seguradora está adstrita aos riscos previstos expressamente na apólice contratada, porquanto embora o contrato de seguro refira-se à ocorrência de evento futuro e incerto, fica restrito ao risco assumido. Nesse contexto, observo que a responsabilidade da seguradora se cinge às coberturas contratadas para: Morte; Morte Acidental; Invalidez Permanente Total ou Parcial Acidente; Invalidez Funcional Permanente Total por Doença; Morte Filhos e Morte Cônjuge, sendo certo que o seguro assinado pela parte autora expressamente exclui da cobertura as doenças ocupacionais. Recurso patronal provido.

RECURSO ORDINÁRIO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. COBERTURA CONTRATADA. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. IMPOSSIBILIDADE DE INCLUIR, NA COBERTURA, AQUILO QUE NÃO FOI AVENÇADO. RESULTADO DO LAUDO PERICIAL. QUADRO DE SAÚDE QUE NÃO SE ENQUADRA NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. PRETENSÃO INDEVIDA. PRECEDENTES. O contrato de seguro de vida possui regência em normas próprias na legislação civil e, assim, não admite interpretação extensiva ou analógica, não sendo o caso de flexibilizar o alcance das cláusulas da apólice para o pagamento da indenização securitária. O quadro de saúde da reclamante não se enquadra nos requisitos para o pagamento da indenização pretendida. Por outro lado, não se verificando irregularidade na contratação de seguro pelo empregador, que observou as diretrizes traçadas nas normas coletivas, não há falar em pagamento da indenização securitária pleiteada.

Por outro lado, a 2ª Turma pontua que o bancário faz jus à indenização prevista em seguro de vida em grupo, de forma ampliativa, uma vez que a incapacidade a ser considerada para fins de percepção de indenização refere-se à incapacidade laborativa, ou seja, inaptidão para a função para a qual se inabilitou, em decorrência de doença ocupacional equiparada a acidente, conforme os seguintes arestos:

RECURSO ORDINÁRIO. SEGURO DE VIDA EM INDIVIDUAL E EM GRUPO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA DO TRABALHO. No caso em apreço, observado que a contratação do seguro de vida em grupo encontra sua gênese na relação de emprego, e que o empregador figura no polo passivo sob o fundamento da responsabilidade solidária /subsidiária, configurada está a competência da Justiça do Trabalho, por enquadramento ao disposto no art. 114, I e IX, da Constituição Federal. Preliminar rejeitada. SEGURO DE VIDA EM GRUPO. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE. ACIDENTE DE TRABALHO EQUIPARADO. CONFIGURAÇÃO. Constatado que o reclamante está incapacitado para o trabalho de forma total e permanente, em decorrência de doença ocupacional equiparada a acidente, faz jus ao trabalhador às indenizações securitárias previstas nas apólices contratadas. (RO n. 0000179-13.2023.5.14.0001, Relator: Des. Iلسon Alves Pequeno Junior, publicado em 29 4-2024);

CONTRATO DE SEGURO EM GRUPO. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE PARA A FUNÇÃO QUE EXERCIA NO BANCO. ACIDENTE DE TRABALHO EQUIPARADO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. PRECEDENTES DESTA REGIONAL. A incapacidade permanente a que refere o seguro de vida deve ser verificada em relação à atividade profissional habitualmente exercida pelo segurado, sob pena de afronta ao princípio da proporcionalidade e não incapacidade, que o impeça de viver de forma autônoma e independente, tornando-o inválido para o exercício de todas as relações, sem qualquer autonomia, como sustentam os reclamados. Logo, merece



guardada o pleito indenizatório, porque demonstrada a correlação da doença com a atividade exercida no início do pacto laboral, sendo estabelecido o nexa causal e concausal com as lesões nos punhos, cotovelos e ombros e irrelevante que possa exercer outras atividades do cotidiano. Na hipótese, há previsão nas apólices de indenização securitária nos casos de invalidez permanente, seja total ou parcial, por acidente e por doença. Assim, é possível equiparar a doença da autora, que é considerada acidente em ambiente laboral, a um acidente pessoal e, com isto, concluir que sua invalidez total e permanente é passível de cobertura securitária. (RO n. 0000776-98.2022.5.14.0006, Relator: Des. Carlos Augusto Gomes Lôbo, publicado em 2-8-2023);

RECURSO ORDINÁRIO OBREIRO. CLÁUSULA DE SEGURO DE VIDA. DOENÇA OCUPACIONAL. INCAPACIDADE LABORAL DETECTADA. DIREITO À INDENIZAÇÃO PREVISTA EM APÓLICE DE SEGURO COLETIVO. Em decorrência da incapacidade laboral detectada pela perita médica nomeada pelo Juízo, reconhecendo que a autora está inapta para o trabalho de forma parcial e permanente, e em decorrência da expressa previsão contida nas apólices de seguro coletivo de pessoas juntadas aos presentes autos, são devidas as indenizações livremente pactuadas pelas partes litigantes. Recurso ordinário provido. BANCO BRADESCO S/A. BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A. GRUPO ECONÔMICO. Comprovada a existência de grupo econômico entre o Banco Bradesco S/A e a empresa securitária Bradesco Vida e Previdência S/A, devem ambos segmentos empresariais responder solidariamente pelos créditos trabalhistas devidos à reclamante. (Processo: 0000626-82.2020.5.14.0008, data da publicação: 6-7-2022, Relatora: Des. Socorro Guimarães).

Registro que não há notícia de recurso no âmbito do TST já afetado para definição de tese sobre a mesma questão jurídica objeto do presente incidente. (art. 976, § 4º, CPC)

Dentro desse contexto, o art. 978, parágrafo único, do CPC, prevê que o órgão Colegiado incumbido de analisar o mérito do incidente e de fixar a tese jurídica deverá julgar igualmente o recurso (causa piloto) nos autos do RO nº 0000406-97.2023.5.14.0002, de relatoria da Desembargadora Socorro Guimarães, o que passo a fazer em sequência.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do referido recurso ordinário e da respectiva contraminuta.

O ajuizamento do feito em análise deu-se em 18-6-2023.

Em seu recurso ordinário, a reclamante busca a reforma da sentença sob o argumento de que faz jus ao pagamento do valor equivalente a 100% devido a título de "Prêmio de Seguro de Vida Coletivo [Em Grupo]" existente na apólice do contrato, tendo sido indicado como base de cálculo da condenação o último valor conhecido [mês de abril/2023] do prêmio existente e de acordo com o "Certificado de Seguro de Vida em Grupo" que fora acostado aos autos no id. "0888f3d - Pág. 2", o qual aponta o valor de R\$ 216.624,96.

Assevera que há cobertura em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez funcional permanente total por doença, de sorte que restou comprovado que se encontra acometida por patologias de natureza ocupacional que foram ocasionadas [causa] e agravadas [concausa] pelo labor Exercido sob condições não ergonômicas de trabalho por mais de 32 [trinta e dois] anos ininterruptamente para o Banco recorrido, bem como, que as mencionadas patologias



ocasionaram a incapacidade total e permanente da recorrente para a função que fora contratada, ou seja, para a função de bancária, e para qualquer outra que a deixe exposta aos mesmos riscos ocupacionais que ocasionaram e agravaram suas patologias e a tornaram inapta totalmente para o labor.

Em sentença, o magistrado "a quo" julgou improcedente o pedido de indenização pelo capital segurado, uma vez que a invalidez não é decorrente de acidente por lesão física e sua incapacidade não é total, de modo que não se comporta a interpretação equivalente ao Direito Previdenciário para equiparar doença do trabalho a acidente do trabalho (artigo 20 da Lei nº 8.213/91), porquanto o direito pleiteado no caso concreto tem natureza securitária.

Transcrevo, por oportuno, trechos da decisão de origem (Id. 2fa38d2):

(...)

Trata-se de pedido de indenização por ausência de pagamento de seguro de vida em grupo contratado em decorrência da relação de emprego.

Incontrovertida a adesão da autora à apólice de seguro do modo indicado na petição inicial, conforme se infere do documento de Id c5ddd97juntado pela segunda ré.

Sobre a matéria objeto dos autos, dispõe o artigo 757 do Código Civil que, pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados. Afirma a parte autora estar incapacitada total e permanentemente para o trabalho.

O laudo médico produzido nos autos (Id 9e2337a) concluiu que a parte autora possui síndrome do manguito rotador bilateral (CID 10 M75.1), tendinopatia crônica de ombros, epicondilite lateral e medial de cotovelos (CID 10 M77. 1), tendinite de punhos e síndrome do túnel do carpo bilateral (CID 10 G56), comnexo causal entre as enfermidades epicondilite de cotovelos, tendinite de punhos, síndrome do túnel do carpo bilateral e nexo concausal leve (25%) da enfermidade tendinopatia crônica de ombros em relação ao labor para as patologias em punhos.

Quanto à capacidade laboral da parte autora, o i. perito concluiu que ela está inapta para o trabalho para a função exercida. Informou que a incapacidade laboral da autora é parcial e permanente.

Nesse particular, cumpre registrar que o referido laudo pericial é válido, hígido e bastante para o esclarecimento da controvérsia dos autos, não violando qualquer dispositivo legal que rege a matéria. O fato de concluir no sentido contrário ao que pretende a autora não conduz à sua invalidez.

Importante esclarecer que, para os fins desta demanda, de cunho securitário, a incapacidade da autora é aferida com base na sua existência independente, e não está relacionada com a função específica exercida no seu empregador, como sói ocorrer em ações de natureza puramente trabalhista e previdenciária, razão pela qual se adotará a premissa de que a incapacidade da autora é permanente e parcial, como reconhecido pelos dois laudos periciais produzidos nos autos

Essa conclusão também pode ser extraída da apólice do seguro contratado pela autora, segundo a qual invalidez funcional permanente total por doença é a "perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado". Ainda, na referida apólice, a definição de invalidez funcional por doença é a seguinte: "perda da existência independente do segurado causada pela ocorrência de quadro clínico



incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições contratuais e/ou especiais do seguro.

Logo, como se verifica dos conceitos contratuais acima transcritos, para os fins pretendidos pela autora, no caso, incapacidade não tem a mesma conotação adotada na análise de doença do trabalho para fins de responsabilização do empregador, tratando-se, em verdade, da sua existência independente, sem relação com a função desempenhada para o seu empregador.

No que tange ao seguro de vida contratado, objeto dos autos, há cobertura em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez funcional permanente total por doença, entre outras.

Verifica-se do glossário da referida apólice que 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" e que são excluídos desse conceito "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 por acidente coberto; (...) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como assuas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo".

Como se vê, da própria apólice do seguro reivindicado consta cláusula expressa em que são excluídas do conceito de acidente as doenças, incluídas as profissionais, lesão por esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, o que é o caso da parte autora, pelo que não se pode concluir que as suas enfermidades possuem previsão contratual.

Por outro lado, quanto à cobertura por invalidez funcional permanente total por doença, prevê a referida apólice que, para o pagamento do capital segurado, deve ser constatada a perda da existência independente do segurado. Além disso, define como perda da existência independente do segurado "a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado".

Logo, a parte autora não faz jus à indenização pelo capital segurado, uma vez que a sua invalidez não é decorrente de acidente por lesão física e sua incapacidade não é total.

Importante ressaltar que não se comporta a interpretação equivalente ao Direito Previdenciário para equiparar doença do trabalho a acidente do trabalho (artigo 20 da Lei nº 8.213/91), já que o direito pleiteado no caso concreto tem natureza securitária. Esclareça-se que a doença do trabalho é equiparada a acidente do trabalho, exclusivamente, para fins previdenciários e trabalhistas, conforme dispõem o artigo 20 e 21, caput, da Lei nº 8.213/91, enquadramento que não pode ser considerado para fins de seguro de natureza civil, cuja natureza é distinta, o que requer interpretação mais rígida quanto aos termos contratuais, em consonância com a boa-fé e a intenção das partes, razão pela qual a cobertura prevista na apólice contratada não socorre a autora.

Nesse aspecto, destaca-se o seguinte entendimento do Tribunal Superior do Trabalho:

"AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. ACÓRDÃO DO REGIONAL PUBLICADO NA VIGÊNCIA DA LEI 13.467 /2017. SEGURO DE VIDA. HIPÓTESES DE EXCLUSÃO. O Tribunal Regional excluiu a indenização securitária ao reclamante, após a análise da apólice do seguro de vida em grupo do qual o autor fazia parte. Com efeito, a Corte de origem destacou que, dentre as hipóteses de exclusão do conceito de acidente pessoal, estavam as doenças (inclusive profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal. O Tribunal a quo ainda ressaltou que " no



subitem 4.2 das condições gerais da apólice, consta que "estão excluídos de cobertura nas garantias morte acidental e invalidez permanente e total por acidente, os sinistros decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer tipo de hérnia e suas consequências ". O acórdão regional ainda deixou transcrito que os relatórios médicos anexados à inicial evidenciam ser o reclamante portador de patologias da coluna vertebral, tendo, inclusive, se submetido a tratamento cirúrgico para retirada de hérnia de disco. Nesse contexto, restou concluído que " o acidente de trabalho típico sofrido pelo reclamante não se enquadra no conceito de "acidente pessoal" estipulado na apólice de seguro, por isso não ensejando o pretendido pagamento de indenização securitária ". Assim, em face da exclusão de cobertura de doença profissional na apólice do seguro, mormente as relacionadas com hérnia de disco, e constatado pelo perito de confiança do Juízo que as patologias da coluna vertebral do reclamante decorreram do trabalho, resulta indevido o pagamento do prêmio. Ilesos, por conseguinte, os dispositivos tidos por violados. Não demonstrada, no particular, a transcendência do recurso de revista por nenhuma das vias do artigo 896-A da CLT. Agravo de instrumento conhecido e desprovido" (AIRR-1101-27.2014.5.05.0193, 7ª Turma, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 10/03/2023).

"(...) SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DOENÇA OCUPACIONAL EXCLUÍDA DA COBERTURA. ÓBICE DA SÚMULA 126/TST. O Tribunal Regional reformou a sentença concluindo que o reclamante, acometido por doença - síndrome do túnel do carpo - de cunho ocupacional, com incapacidade parcial permanente para o exercício de atividades laborais, "não faz jus a quaisquer das indenizações pleiteadas na inicial". Consignou que "os conceitos de doença e acidente não são sinônimos, valendo ressaltar que a equiparação de que trata o art. 20 da Lei 8.213/91 (de doença ocupacional a acidente de trabalho) não pode ser estendida aos contratos de seguro, decorrente da vontade das partes". Registrou que "os contratos de seguro sempre excluíram as doenças ocupacionais da garantia adicional de invalidez total ou parcial por acidente". Tendo o Tribunal Regional, com base nas provas e na interpretação das cláusulas contratuais, concluído pela impossibilidade de se equiparar a doença ocupacional sofrida pelo recorrente com o conceito de acidente pessoal coberto pela apólice, não há como alterar tal entendimento em razão do óbice da Súmula 126 do TST, o que impede o conhecimento do apelo por violação legal ou divergência jurisprudencial. Agravo de instrumento a que se nega provimento. Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento em Recurso de Revista nº TST-AIRR-94-52.2012.5.05.0651, em que é Agravante ROBERTO ROBÉRIO TEIXEIRA CHAVES FILHO e são Agravados BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A e BANCO BRADESCO S.A" (grifou-se, AIRR-94-52.2012.5.05.0651, 2ª Turma, Relatora Ministra Maria Helena Mallmann, DEJT 02/10/2020).

"AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA SOB A ÉGIDE DA LEI 13.467/2017. TRANSCENDÊNCIA NÃO RECONHECIDA. SEGURO DE VIDA. Controvérsia sobre a validade da cláusula existente no contrato de trabalho que exclui da indenização de seguro de vida o pagamento de indenização por acidente de trabalho. O Regional consignou tratar-se de seguro em grupo por contrato de adesão, devendo ser interpretado restritivamente quanto à cláusula expressa que exclui as doenças ocupacionais da respectiva cobertura. O exame prévio dos critérios de transcendência do recurso de revista revela a inexistência de qualquer deles a possibilitar o exame do apelo no TST. A par disso, irrelevante perquirir a respeito do acerto ou desacerto da decisão agravada, dada a inviabilidade de processamento, por motivo diverso, do apelo anteriormente obstaculizado. Agravo de instrumento não provido" (AIRR-1001783-48.2015.5.02.0472, 6ª Turma, Relator Ministro Augusto Cesar Leite de Carvalho, DEJT 20/03/2020).

Em reforço, destaca-se decisão do Superior Tribunal de Justiça, em que se adotou a tese de que a modalidade de seguro IPA (Invalidez por Acidente Pessoal) não estende sua cobertura à doença profissional, in verbis :

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL E FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. NÃO OCORRÊNCIA. DEVER DE INFORMAÇÃO DA ESTIPULANTE. PRECEDENTES. DOENÇA PROFISSIONAL E ACIDENTE PESSOAL. AUSÊNCIA DE EQUIPARAÇÃO. ACÓRDÃO EM CONSONANCIA AO POSICIONAMENTO DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. FALTA DE COBERTURA SECURITÁRIA. CONCLUSÃO FUNDADA NA APRECIÇÃO DOS TERMOS CONTRATUAIS. SÚMULA 5/STJ.



AGRAVO DESPROVIDO. 1. Consoante análise dos autos, a alegação de violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 não se sustenta, uma vez que o Tribunal de origem examinou, de forma fundamentada, todas as questões submetidas à apreciação judicial na medida necessária para o deslinde da controvérsia, ainda que em sentido contrário à pretensão do recorrente. 2. Conforme jurisprudência desta Corte, nos casos de seguro de vida em grupo, o dever de prestar informações ao segurado é da estipulante. 3. O posicionamento da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que a modalidade de seguro IPA (Invalidez por Acidente Pessoal) não estende sua cobertura à doença profissional. 4. Quanto à ausência de cobertura contratual para a doença ocupacional da qual foi acometido o autor, impende registrar que, a partir dos pressupostos analisados pelo acórdão recorrido, a questão foi resolvida com base nas cláusulas contratuais. Assim, rever os fundamentos que ensejaram a conclusão alcançada pelo colegiado local implicaria a análise dos termos contratuais, o que é vedado pela Súmula n. 5 deste Tribunal. 5. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.704.681 /SC, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/3/2022, DJe de 24/3 /2022- grifou-se)

Assim já decidiu a Primeira Turma deste Tribunal Regional do Trabalho, envolvendo a mesma questão dos autos:

"INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL. INCAPACIDADE PARCIAL. CONDIÇÃO EXCLUÍDA DO SEGURO. O seguro assinado pela Reclamante expressamente exclui da cobertura as doenças ocupacionais, bem como aquelas que geram incapacidade parcial. O contrato é de simples leitura e as cláusulas restritivas de direito estão destacadas. Assim, não se enquadra na hipótese prevista em apólice de seguro. Recurso patronal provido" (TRT da 14.^a Região; Processo: 0003020-77.2020.5.14.0003; Data da Publicação: 28 06-2022; Órgão Julgador: GAB DES FRANCISCO JOSÉ PINHEIRO CRUZ PRIMEIRA TURMA; Relator(a): FRANCISCO JOSÉ PINHEIRO CRUZ)

Do referido julgado, extrai-se a seguinte fundamentação, aplicável ao caso, pela sua pertinência e identidade com a questão controvertida: "A responsabilidade decorrente da relação empregatícia não se confunde com a responsabilidade decorrente de contrato de seguro, tampouco pode ser equiparada a indenização por danos materiais provenientes de eventual doença ocupacional reconhecida em juízo (...) conquanto haja cláusula que assegure indenização decorrente de doença, essa somente é prevista para a hipótese de incapacidade total" ().

Posteriormente, a Primeira Turma deste Tribunal Regional do Trabalho, por unanimidade, reiterou seu entendimento sobre a matéria. Confirmam-se:

RECURSO ORDINÁRIO OBREIRO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE. INCAPACIDADE PARCIAL. CONDIÇÃO EXCLUÍDA DO SEGURO. A responsabilidade da Seguradora está adstrita aos riscos previstos expressamente na apólice contratada, porquanto embora o contrato de seguro refira-se à ocorrência de evento futuro e incerto, fica restrito ao risco assumido. Nesse contexto, observo que a responsabilidade da seguradora cinge-se às coberturas contratadas para: Morte; Morte Acidental; Invalidez Permanente Total ou Parcial Acidente; Invalidez Funcional Permanente Total por Doença; Morte Filhos e Morte Cônjuge, sendo certo que o seguro assinado pela parte autora expressamente exclui da cobertura as doenças ocupacionais que geram incapacidade apenas parcial. Por meio do bem elaborado laudo pericial, ficou constatado exatamente que a doença laboral do parte obreira a incapacita apenas parcialmente, sendo que o contrato de seguro é de simples leitura e as cláusulas restritivas de direito estão destacadas. Assim, não se enquadra na hipótese prevista em apólice de seguro. (TRT da 14.^a Região; Processo: 0000215-40.2023.5.14.0006; Data da Publicação: 22-01-2024; Órgão Julgador: GAB DES VANIA MARIA DA ROCHA ABENSUR - PRIMEIRA TURMA; Relator(a): VANIA MARIA DA ROCHA ABENSUR)

RECURSO ORDINÁRIO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL. INCAPACIDADE PARCIAL. CONDIÇÃO EXCLUÍDA DO SEGURO. O seguro assinado pelo Reclamante expressamente exclui da cobertura as doenças ocupacionais, bem como aquelas que geram incapacidade parcial, sendo que o contrato é de simples leitura e as cláusulas restritivas de direito estão destacadas, não se enquadrando as patologias acometidas pelo Autor nas hipóteses previstas na apólice de seguro a ensejar a indenização securitária requerida. (TRT da 14.^a Região; Processo:



0000916-71.2022.5.14.0091; Data da Publicação: 02/08/2023; Órgão Julgador: GAB DES FRANCISCO JOSÉ PINHEIRO CRUZ - PRIMEIRA TURMA; Relator(a): FRANCISCO JOSE PINHEIRO CRUZ)

RECURSO ORDINÁRIO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. APÓLICES PARADIGMAS DE SEGURO DE VIDA. COBERTURA CONTRATADA. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. IMPOSSIBILIDADE DE INCLUIR, NA COBERTURA, AQUILO QUE NÃO FOI AVENÇADO. RESULTADO DO LAUDO PERICIAL. QUADRO DE SAÚDE QUE NÃO SE ENQUADRA NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. PRETENSÃO INDEVIDA. PRECEDENTES. SENTENÇA MANTIDA POR FUNDAMENTO DIVERSO. O contrato de seguro de vida possui regência em normas próprias na legislação civil e, assim, não admite interpretação extensiva ou analógica, não sendo o caso de flexibilizar o alcance das cláusulas da apólice para o pagamento da indenização securitária. O quadro de saúde da reclamante não se enquadra nos requisitos para o pagamento da indenização pretendida. Por outro lado, não se verificando irregularidade na contratação de seguro que o empregador deveria ter feito, que observou as diretrizes traçadas pelo banco sucedido, e nem violação aos termos das apólices paradigmas, não há falar em pagamento da indenização securitária pleiteada. Nesse contexto, a sentença de improcedência dos pedidos deve ser mantida, ainda que por fundamento diverso. Recurso improvido (TRT da 14.^a Região; Processo: 0000577-82.2022.5.14.0004; Data da Publicação: 07/07 /2023; Órgão Julgador: GAB DES SHIKOU SADAHIRO - PRIMEIRA TURMA; Relator(a): SHIKOU SADAHIRO);

DOENÇA OCUPACIONAL. NEXO CONCAUSAL INCAPACIDADE PARCIAL. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO. EQUIPARAÇÃO PARA FIM DO PRÊMIO SECURITÁRIO. APÓLICE DE SEGURO DE VIDA. COBERTURA CONTRATADA DE INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA INDEVIDA. No caso, não cabe aplicar ao contrato de seguro de vida, cuja natureza é eminentemente civil, uma interpretação flexível para atribuir à incapacidade parcial decorrente de doença ocupacional, equiparada a acidente de trabalho para fins previdenciários, o mesmo conceito previsto no contrato de seguro de vida em grupo para "Invalidez Permanente por Acidente", fins securitários. De igual sorte, tratando-se o contrato de seguro de vida de norma autônoma e securitária, não se admite interpretação extensiva ou analógica, não prosperando a tese de que a interpretação para pagamento do prêmio deve estender o termo "incapacidade total" para contemplar que essa incapacidade diz respeito tão somente a profissão exercida, quando tal condição não está prevista na norma privada." Recurso ordinário conhecido e não provido" (TRT da 14.ª Região; Processo: 0002128-62.2020.5.14.0006; Data da Publicação: 23/09 /2022; Órgão Julgador: OJ de Análise de Recurso - PRIMEIRA TURMA; Relator (a): VANIA MARIA DA ROCHA ABENSUR).

Não se olvida que a Segunda Turma deste Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região adota entendimento em sentido contrário, contudo, respeitosamente, adotar-se-á, no caso, a tese pacificada no âmbito da Primeira Turma, conforme acima assentado, de que não cabe aplicar ao contrato de seguro de vida, cuja natureza é eminentemente civil, uma interpretação flexível para atribuir à incapacidade parcial decorrente de doença ocupacional, equiparada a acidente de trabalho para fins previdenciários, o mesmo conceito previsto no contrato de seguro de vida em grupo para invalidez permanente por acidente, fins securitários.

Esclareça-se, ainda, que, nos termos da Circular nº 29/1991 da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, que aprova normas para o seguro de acidentes pessoais, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do segurado ou torne necessário tratamento médico (artigo 1º, § 1º). Por outro lado, ainda segundo a referida Circular, não se incluem no conceito de acidente pessoal 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 (artigo 1º, § 3º).

Portanto, também sob esse viés, não se pode equiparar a doença do trabalho de que padece a parte autora a acidente para fins securitários, razão pela qual a apólice apresentada não cobre o dano deduzido nesta ação.



Por fim, salienta-se que a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, sob a sistemática dos recursos repetitivos, definiu que não é abusiva a cláusula de contrato de seguro de vida que prevê cobertura para invalidez permanente por doença apenas na hipótese de perda total da autonomia do segurado, tendo sido fixada a tese no tema 1.068: "não é ilegal ou abusiva a cláusula que prevê a cobertura adicional de invalidez funcional permanente total por doença em contrato de seguro de vida em grupo, condicionando o pagamento da indenização securitária à perda da existência independente do segurado, comprovada por declaração médica".

Portanto, a parte autora não tem o direito requerido, já que, tratando-se de doença do trabalho - e não acidente de trabalho típico ou de qualquer outro acidente pessoal por lesão física sofrido pela parte autora -, bem como de incapacidade parcial, e não total, não há falar em pagamento da indenização prevista na apólice apresentada.

Julgo improcedente o pedido.

(...)

Cumprе registrar que o laudo médico anexado aos autos concluiu (Id.

f363dcf):

(...) a Reclamante é portadora de SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR BILATERAL, TENDINOPATIA CRÔNICA DE OMBROS, EPICONDILITE LATERAL E MEDIAL DE COTOVELO, TENDINITE DE PUNHOS, SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO BILATERAL. [CID 10 - M75.1; M77.1; M65.9; G.56.0].

Do Nexo Causal: EXISTE NEXO CAUSAL [CAUSA ÚNICA] entre as enfermidades EPICONDILITE DE COTOVELO, TENDINITE DE PUNHOS, SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO BILATERAL e a labuta na Reclamada na função de bancária.

EXISTE NEXO CONCAUSAL LEVE OU MÍNIMO [25%], pois, a enfermidade TENDINOPATIA CRÔNICA DE OMBROS não é doença do trabalho, mas é relacionada ao trabalho, sendo multifatorial e o trabalho/labuta na Reclamada foi um dos fatores contributivos, agravando, de forma mínima ou leve a doença.

Da Capacidade Laboral: a Reclamante está INAPTA PARA O TRABALHO para a função exercida na Reclamada. INCAPACIDADE LABORAL É PERMANENTE E PARCIAL. A Autora necessita de Reabilitação Profissional junto ao INSS.

Da Quantificação da Perda da Capacidade Laboral: segundo a Tabela da SUSEP, a perda da capacidade laboral na ANQUILOSE TOTAL DE UM PUNHO é quantificada em 20% [VINTE POR CENTO], mas, a SEQUELA DE LESÃO DESMIELINIZANTE DO NERVO MEDIANO AO NÍVEL DO CARPO DIREITO não é total e sim parcial, mínima [25%] assim, é quantificada em 5% [CINCO POR CENTO].

Da Conduta Médica: a Reclamante deve dar continuidade ao tratamento medicamentoso e fisioterápico e cirúrgico [...].

(...)

Na hipótese, resta comprovada a adesão da autora à apólice de seguro do modo indicado na petição inicial, conforme se infere do documento de Id 74e48b5 - p. 126, juntado pela segunda ré.

A apólice de seguro n. 1099300003478/1, referida pelas partes, tem cobertura em caso de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial Acidente, Invalidez



Funcional Permanente Total por Doença, Morte Filhos e Morte Cônjuge, tendo a autora feito referência na petição inicial à Invalidez Permanente Total ou Parcial Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

Na "invalidez permanente total ou parcial acidente pessoal", conforme condições gerais da apólice, garante-se ao segurado o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

A cobertura por "invalidez funcional permanente total por doença", por sua vez, garante ao segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte, mediante solicitação do segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Vale transcrever o item 3, que estabelece o seguinte (Id 8a8be4a - p. 166):

3.Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.

O item 29, que se refere ao glossário de termos técnicos, estabelece (Id 157ce1e - p. 201):

(...)



"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, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

I. o suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

II. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

III. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

IV. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

V. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

I. 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 por acidente coberto;

II. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

IV. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima.

[...]

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

[...]

INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA: perda da existência independente do segurado causada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições contratuais e/ou especiais do seguro.

(...)



Nesse panorama, constato que a cobertura por "invalidez permanente total ou parcial acidente" refere-se a "acidente pessoal" o que é conceituado como "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", com expressa exclusão de tal conceito as doenças profissionais, a exemplo de Ler/Dort.

Como visto, a obreira não apresenta incapacidade que implique "perda da existência independente", tampouco foi vítima de acidente de trabalho típico. Sua incapacidade parcial laborativa decorre de doença profissional, expressamente excluída da cobertura do plano securitário, não se enquadrando nas hipóteses de cobertura do seguro de vida contratado.

Nesse compasso, a equiparação de doença ocupacional ao acidente de trabalho, para fins previdenciários e responsabilidade civil do empregador, com base no art. 20 da Lei 8.213/91, a rigor, não se aplica à cobertura de seguro de vida quando não há previsão expressa nesse sentido.

Importante consignar que, no caso concreto, não há evidência de que o empregador responsável pela contratação do seguro de vida coletivo tenha omitido informações ou agido de maneira a incutir falsas expectativas à reclamante, até porque, em nenhum momento, a obreira sustentou ou demonstrou eventual alteração lesiva, tampouco vício de consentimento quando aderiu ao seguro de vida em grupo.

Assim, em observância à uniformização e ao tratamento adequado dos conflitos, tratando-se de contrato de seguro de vida em grupo, decorrente de norma autônoma e securitária, não se admite interpretação extensiva ou analógica, devendo a hipótese ocorrida estar prevista clara e expressamente na cláusula de cobertura pelo seguro, o que não é o caso dos autos.

No mesmo sentido é a jurisprudência da mais Alta Corte Trabalhista, como se vê nos seguintes julgados:

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. ACÓRDÃO DO REGIONAL PUBLICADO NA VIGÊNCIA DA LEI 13.467/2017. **SEGURO DE VIDA. HIPÓTESES DE EXCLUSÃO.** O Tribunal Regional excluiu a indenização securitária ao reclamante, após a análise da apólice do seguro de vida em grupo do qual o autor fazia parte. Com efeito, a Corte de origem destacou que, dentre as hipóteses de exclusão do conceito de acidente pessoal, estavam as doenças (inclusive profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal. O Tribunal a quo ainda ressaltou que "no subitem 4.2 das condições gerais da apólice, consta que "estão excluídos de cobertura nas garantias morte acidental e invalidez permanente e total por acidente, os sinistros decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer tipo de hérnia e suas consequências". O acórdão regional ainda deixou transcrito que os relatórios médicos anexados à inicial evidenciam ser o reclamante portador de patologias da coluna vertebral, tendo, inclusive,



se submetido a tratamento cirúrgico para retirada de hérnia de disco. Nesse contexto, restou concluído que "o acidente de trabalho típico sofrido pelo reclamante não se enquadra no conceito de "acidente pessoal" estipulado na apólice de seguro, por isso não ensejando o pretendido pagamento de indenização securitária". **Assim, em face da exclusão de cobertura de doença profissional na apólice do seguro, mormente as relacionadas com hérnia de disco, e constatado pelo perito de confiança do Juízo que as patologias da coluna vertebral do reclamante decorreram do trabalho, resulta indevido o pagamento do prêmio. Ilesos, por conseguinte, os dispositivos tidos por violados.** Não demonstrada, no particular, a transcendência do recurso de revista por nenhuma das vias do artigo 896-A da CLT. Agravo de instrumento conhecido e desprovido. (AIRR-1101-27.2014.5.05.0193, 7ª Turma, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 10-3-2023);

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO PELO AUTOR . LEI Nº 13.467/2017. TRANSCENDÊNCIA ECONÔMICA CONSTATADA . Em relação à transcendência econômica, esta Turma estabeleceu como referência, para o recurso do empregado, o valor fixado no artigo 852-A da CLT. No caso, o valor dado à causa na petição inicial foi de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Deste modo, considera-se alcançado o patamar da transcendência. **CLÁUSULA DE SEGURO DE VIDA. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE.** No caso dos autos, conforme bem registrado pela Corte de Origem, o reclamante aderiu ao contrato de Seguro de Vida em grupo, o qual engloba morte acidental, morte , invalidez permanente por acidente e invalidez funcional permanente por doença, excluindo, expressamente, doenças/acidentes profissionais. Nesse sentido, consignou que:" a apólice é bastante clara ao informar que no conceito de Acidente Pessoal não estão incluídas as doenças profissionais ". Nesse contexto, tem-se por válida a cláusula controvertida, pois não se verifica abusividade na elaboração das cláusulas contratuais, que são claras ao descrever as coberturas . Com efeito, não pode a parte, após a vigência do seguro, pretender a modificação de uma de suas cláusulas para benefício próprio, sob pena de afronta ao ajustado. A interpretação ampla pretendida pelo autor não pode ser acolhida, uma vez que a cláusula limitativa, por ser uma cláusula de benefício, deve ser interpretada restritivamente, sobretudo diante dos termos do artigo 757 do Código Civil, o qual dispõe que:"pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados". Assim, em face da exclusão de cobertura de doença profissional, e constatado pelo perito de confiança do Juízo que a patologia do reclamante é decorrente do trabalho, resulta indevido o pagamento do prêmio ou qualquer indenização por dano moral. Ilesos, por conseguinte, os dispositivos tidos por violados. Agravo de instrumento conhecido e não provido. (AIRR-1001302-72.2016.5.02.0465, 7ª Turma, Relator Ministro Claudio Mascarenhas Brandão, DEJT 19-3-2021);

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO PELO RECLAMANTE. **CLÁUSULA DE SEGURO DE VIDA. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE.** 1. Do que se infere da decisão regional, o reclamante aderiu ao contrato de seguro de vida em grupo, o qual engloba morte acidental, morte e invalidez permanente decorrente de acidente, excluindo, expressamente, doenças/acidentes profissionais. 2. Como se observa, trata-se de contrato que possui garantia de pagamento de indenização, mas com exclusão de doenças profissionais, hipótese dos autos. 3. Dentro desse contexto, tem-se por válida a cláusula controvertida, pois não configura preceito abusivo nem delimitador da cobertura do seguro. 4. Com efeito, não pode a parte, após a vigência do seguro, decidir modificar o núcleo de uma de suas cláusulas para benefício próprio, sob pena de afronta ao ajustado, mormente porque a interpretação ampla pretendida pelo recorrente não tem acolhida, uma vez que a cláusula limitativa, por ser uma cláusula de benefício, deve ser interpretada restritivamente, sobretudo diante dos termos do art. 757 do CC, segundo o qual, "pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados". 5. Por conseguinte, tendo em vista a exclusão de cobertura de doença profissional, e tendo o reclamante problemas de coluna decorrentes do trabalho como concausa, por certo que não preenche os requisitos para a percepção do prêmio postulado. Agravo de instrumento conhecido e não provido. (AIRR-1001039-53.2015.5.02.0472, 8ª Turma, Relatora Ministra Dora Maria da Costa, DEJT 4.5.2020);

AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA SOB A ÉGIDE DA LEI 13.467/2017. TRANSCENDÊNCIA NÃO RECONHECIDA. SEGURO DE VIDA .



Controvérsia sobre a validade da cláusula existente no contrato de trabalho que exclui da indenização de seguro de vida o pagamento de indenização por acidente de trabalho. O Regional consignou tratar-se de seguro em grupo por contrato de adesão, devendo ser interpretado restritivamente quanto à cláusula expressa que exclui as doenças ocupacionais da respectiva cobertura. O exame prévio dos critérios de transcendência do recurso de revista revela a inexistência de qualquer deles a possibilitar o exame do apelo no TST. A par disso, irrelevante perquirir a respeito do acerto ou desacerto da decisão agravada, dada a inviabilidade de processamento, por motivo diverso, do apelo anteriormente obstaculizado. Agravo de instrumento não provido. (AIRR-1001783-48.2015.5.02.0472, 6ª Turma, Relator Ministro Augusto Cesar Leite de Carvalho, DEJT 20-3-2020);

AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA - DESCABIMENTO. CONTRATO PRIVADO DE SEGURO DE VIDA. CLÁUSULA ESPECÍFICA SOBRE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE. O quadro fático delineado no acórdão regional, insuscetível de reexame (Súmula 126/TST), evidencia que o autor possui incapacidade laboral parcial, hipótese diversa daquela prevista expressamente na apólice de seguros da qual é beneficiário, cuja cobertura se refere apenas à "invalidez funcional permanente e total causada por doença". Agravo de instrumento conhecido e desprovido. (AIRR-1001166-09.2015.5.02.0466, Rel. Min. Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, 3ª Turma, DEJT de 9-4-2021);

SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DOENÇA OCUPACIONAL EXCLUÍDA DA COBERTURA. ÓBICE DA SÚMULA 126/TST . O Tribunal Regional reformou a sentença concluindo que o reclamante, acometido por doença - síndrome do túnel do carpo - de cunho ocupacional, com incapacidade parcial permanente para o exercício de atividades laborais, "não faz jus a quaisquer das indenizações pleiteadas na inicial". Consignou que "os conceitos de doença e acidente não são sinônimos, valendo ressaltar que a equiparação de que trata o art. 20 da Lei 8.213/91 (de doença ocupacional a acidente de trabalho) não pode ser estendida aos contratos de seguro, decorrente da vontade das partes". Registrou que "os contratos de seguro sempre excluíram as doenças ocupacionais da garantia adicional de invalidez total ou parcial por acidente". Tendo o Tribunal Regional, com base nas provas e na interpretação das cláusulas contratuais, concluído pela impossibilidade de se equiparar a doença ocupacional sofrida pelo recorrente com o conceito de acidente pessoal coberto pela apólice, não há como alterar tal entendimento em razão do óbice da Súmula 126 do TST, o que impede o conhecimento do apelo por violação legal ou divergência jurisprudencial. Agravo de instrumento a que se nega provimento. Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento em Recurso de Revista nº TST-AIRR-94- 52.2012.5.05.0651 , em que é Agravante ROBERTO ROBÉRIO TEIXEIRA CHAVES FILHO e são Agravados BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A e BANCO BRADESCO S.A" (AIRR-94- 52.2012.5.05.0651, 2ª Turma, Relatora Ministra Maria Helena Mallmann, DEJT 2-10-2020).

A corroborar o explicitado, cito decisão do Ministro José Roberto Freire Pimenta, proferida no âmbito da 3ª Turma do TST, em agravo de instrumento, no processo originário deste Regional - RO n. 0000542-22.2022.5.14.0005, publicada em 1º-4-2024, com o seguinte teor:

(...)

Conforme se observa do acórdão recorrido, o Regional manteve o indeferimento do pedido da reclamante quanto ao pagamento de prêmio previsto em contrato de seguro contra acidentes de trabalho fornecido pelo empregador, ao fundamento de que apólice do referido seguro prevê o pagamento do prêmio apenas quando comprovada a invalidez permanente e total do trabalhador.

Nos termos consignados no julgado regional, a reclamante foi vítima de doença ocupacional que resultou em incapacidade apenas parcial.

A parte reclamante pretende a invalidação de cláusula prevista em contrato de seguro contra acidentes de trabalho, que restringe o pagamento do prêmio aos casos de invalidez total e permanente.



Nos termos do acórdão regional "não havia previsão de contratação de seguro de vida em grupo para os casos de doenças(ocupacional ou comum), que resultasse em incapacidade parcial, ainda que permanente. A interpretação dirigiu-se aos casos de incapacidade total e permanente, para os casos de doenças".

Ao contrário do que sustenta a reclamante, a hipótese descrita no acórdão regional não evidencia interpretação abusiva ou tratamento desfavorável ao consumidor.

Por outro lado, a contratação de seguro pelo empregador aos trabalhadores consiste em benesse, sendo incabível a interpretação extensiva à reclamante para a concessão de direito não previsto na apólice.

Com esse entendimento, os seguintes julgados desta Corte:

(...)

"[...] **CLÁUSULA DE SEGURO DE VIDA. EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS. VALIDADE.** No caso dos autos, conforme bem registrado pela Corte de Origem, o reclamante aderiu ao contrato de Seguro de Vida em grupo, o qual engloba morte acidental, morte, invalidez permanente por acidente e invalidez funcional permanente por doença, excluindo, expressamente, doenças/acidentes profissionais. Nesse sentido, consignou que: "a apólice é bastante clara ao informar que no conceito de Acidente Pessoal não estão incluídas as doenças profissionais". Nesse contexto, tem-se por válida a cláusula controvertida, pois não se verifica abusividade na elaboração das cláusulas contratuais, que são claras ao descrever as coberturas. Com efeito, não pode a parte, após a vigência do seguro, pretender a modificação de uma de suas cláusulas para benefício próprio, sob pena de afronta ao ajustado. A interpretação ampla pretendida pelo autor não pode ser acolhida, uma vez que a cláusula limitativa, por ser uma cláusula de benefício, deve ser interpretada restritivamente, sobretudo diante dos termos do artigo 757 do Código Civil, o qual dispõe que: "pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados". Assim, em face da exclusão de cobertura de doença profissional, e constatado pelo perito de confiança do Juízo que a patologia do reclamante é decorrente do trabalho, resulta indevido o pagamento do prêmio ou qualquer indenização por dano moral. Ilesos, por conseguinte, os dispositivos tidos por violados. Agravo de instrumento conhecido e não provido" (AIRR-1001302-72.2016.5.02.0465, 7ª Turma, Relator Ministro Claudio Mascarenhas Brandao, DEJT 19/03/2021).

"AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. ACÓRDÃO DO REGIONAL PUBLICADO NA VIGÊNCIA DA LEI 13.467/2017. **SEGURO DEVIDA. HIPÓTESES DE EXCLUSÃO.** O Tribunal Regional excluiu a indenização securitária ao reclamante, após a análise da apólice do seguro de vida em grupo do qual o autor fazia parte. Com efeito, a Corte de origem destacou que, dentre as hipóteses de exclusão do conceito de acidente pessoal, estavam as doenças (inclusive profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal. O Tribunal a quo ainda ressaltou que "no subitem 4.2 das condições gerais da apólice, consta que "estão excluídos de cobertura nas garantias morte acidental e invalidez permanente e total por acidente, os sinistros decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer tipo de hérnia e suas consequências". O acórdão regional ainda deixou transcrito que os relatórios médicos anexados à inicial evidenciam ser o reclamante portador de patologias da coluna vertebral, tendo, inclusive, se submetido a tratamento cirúrgico para retirada de hérnia de disco. Nesse contexto, restou concluído que "o acidente de trabalho típico sofrido pelo reclamante não se enquadra no conceito de "acidente pessoal" estipulado na apólice de seguro, por isso não ensejando o pretendido pagamento de indenização securitária". Assim, em face da exclusão de cobertura de doença profissional na apólice do seguro, mormente as relacionadas com hérnia de disco, e constatado pelo perito de confiança do Juízo que as patologias da coluna vertebral do reclamante decorreram do trabalho, resulta indevido o pagamento do prêmio. Ilesos, por conseguinte, os dispositivos tidos por violados. Não demonstrada, no particular, a transcendência do recurso de revista por



nenhuma das vias do artigo 896-A da CLT. Agravo de instrumento conhecido e desprovido" (AIRR-1101-27.2014.5.05.0193, 7ª Turma, Relator Ministro Alexandre de Souza Agra Belmonte, DEJT 10/03/2023).

Nesse contexto, não há falar em violação dos artigos 19, 20 e 21 da Lei nº 8.213/91, 422, 423 e 765 do Código Civil. Inviável a análise do recurso quanto à alegada violação dos 6º, inciso IV, 39, inciso V, 47 e 51, inciso IV, da Lei nº 8.078/90, uma vez que o Regional não adotou tese sobre a matéria à luz dos dispositivos invocados pelo recorrente. Ausente o prequestionamento, incide o óbice indicado na Súmula nº 297, itens I e II, do TST.

Quanto à divergência jurisprudencial trazida a cotejo, tem-se que aparte não demonstrou as semelhanças entre a decisão recorrida e as decisões paradigmas trazidas para confronto de teses, de forma que as exigências processuais contidas no artigo 896, §§ 1º-A e 8º, da CLT, não foram satisfeitas.

Dessa forma, nego provimento ao agravo de instrumento, com fundamento no artigo 255, inciso III, alíneas "a" e "b", do Regimento Interno do Tribunal Superior do Trabalho.

(...)

Além disso, cumpre destacar, também, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça sobre a questão, conforme as seguintes decisões:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. SEGURO DE VIDA COLETIVO. CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL . INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, nos contratos de seguro de vida em grupo, diante da necessidade de interpretação restritiva das cláusulas do seguro, é inviável a equiparação entre doença profissional e acidente de trabalho, para recebimento de indenização securitária, notadamente quando há exclusão de cobertura da invalidez parcial por doença laboral . Acórdão recorrido em desacordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça. 2. Demonstrado, no caso concreto, que a cláusula contratual é clara ao denominar o que se entenderia por "acidente pessoal", inclusive apontando como excludentes as doenças profissionais, sendo certo que as lesões por esforços repetitivos são uma delas, não há que se falar na cobertura securitária. 3 . Agravo interno desprovido. Decisão de provimento do recurso especial confirmada. (AgInt no AREsp: 2317112 CE 2023 /0076085-3, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, data de julgamento: 20-11-2023, T4 - 4ª Turma, data de publicação: DJe 23-11-2023);

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. SEGURO. APÓLICE COLETIVA . DEVER DE INFORMAÇÃO. INCUMBÊNCIA DA ESTIPULANTE. TEMA N. 1 .112/STJ. SEGURADO ACOMETIDO DE MIALGIA DE ORIGEM OCUPACIONAL. CLÁUSULA DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (IPA). EXCLUSÃO DE DOENÇAS PROFISSIONAIS . ABUSIVIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. PRECEDENTES. 1 . A Segunda Seção do STJ consagrou o entendimento de que o dever de prestar informação prévia ao segurado a respeito das cláusulas limitativas/restritivas nos contratos de seguro de vida em grupo é do estipulante (Tema n. 1.112/STJ). 2. A jurisprudência desta Corte Superior se firmou no sentido da validade das cláusulas securitárias que excluem de cobertura para Invalidez Permanente por Acidente (IPA) as doenças profissionais. Agravo interno improvido. (AgInt no REsp: 1919560 SC 2021/0029730-0, Relator.: Ministro HUMBERTO MARTINS, data de julgamento: 26-2-2024, T3 - 3ª Turma, data de publicação: DJe 29-2-2024).

Dentro desse contexto, a incapacidade permanente da autora é parcial, e decorre de doença ocupacional, de modo que não há previsão de cobertura, conforme explicitado em linhas pretéritas. Cabia à obreira comprovar que os limites estabelecidos na apólice de seguro seriam indevidos, por se tratar de fato constitutivo do seu direito (inciso I do art. 818 da CLT).



Inexistindo previsão específica de cobertura para o caso de incapacidade parcial, ainda que permanente, em razão de doença (ocupacional), não cabe interpretar de forma ampliativa a cláusula securitária existente.

Prevalecem, assim, as cláusulas do contrato de seguro, que não são nulas, por inexistirem defeitos que possam invalidá-las.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso ordinário obreiro, mantendo incólume a sentença proferida.

Prejudicados os pedidos de responsabilidade solidária das recorridas e de condenação dos reclamados ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais.

3 Conclusão

Dessa forma, admitido o IRDR pelo Tribunal Pleno, na sessão de julgamento virtual realizada nos dias 9 a 12 de dezembro de 2024, conforme acórdão de Id. 5f24de6. No mérito, decido fixar a seguinte tese jurídica: "INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA PARA FIM DO PRÊMIO. IMPOSSIBILIDADE. QUADRO DE SAÚDE DEVE SE ENQUADRAR NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. VALIDADE DO CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AUSENTE COMPROVAÇÃO DE NULIDADE DAS CLÁUSULAS E DE VÍCIO DE CONSENTIMENTO." Tratando-se de contrato de seguro de vida em grupo, decorrente de norma autônoma e securitária, não se admite interpretação extensiva ou analógica, devendo a hipótese ocorrida estar prevista clara e expressamente na cláusula de cobertura pelo seguro. Cabe ao reclamante comprovar que os limites estabelecidos na apólice de seguro são indevidos ou nulos, por se tratar de fato constitutivo do seu direito (inciso I do art. 818 da CLT).

Por conseguinte, nos termos do art. 978, parágrafo único, do CPC, que prevê o julgamento pelo Tribunal Pleno incumbido de analisar o mérito do incidente e de fixar a tese jurídica, devendo decidir sobre o recurso (causa piloto) nos autos do RO n. 0000406-97.2023.5.14.0002, de relatoria da Desembargadora Socorro Guimarães, em que conheço do recurso e, no mérito, nego-lhe provimento, mantida a decisão em primeiro grau.

4. DECISÃO



ACORDAM os Magistrados integrantes do Pleno do Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região, admitido o IRDR por decisão unânime do Tribunal Pleno na sessão de julgamento virtual realizada nos dias 9 a 12 de dezembro de 2024; no mérito, à unanimidade, fixar a seguinte tese jurídica "INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA PARA FIM DO PRÊMIO. IMPOSSIBILIDADE. QUADRO DE SAÚDE DEVE SE ENQUADRAR NAS CLÁUSULAS SECURITÁRIAS. VALIDADE DO CONTRATO QUE EXCLUI DOENÇA PROFISSIONAL. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. AUSENTE COMPROVAÇÃO DE NULIDADE DAS CLÁUSULAS E DE VÍCIO DE CONSENTIMENTO." Tratando-se de contrato de seguro de vida em grupo, decorrente de norma autônoma e securitária, não se admite interpretação extensiva ou analógica, devendo a hipótese ocorrida estar prevista clara e expressamente na cláusula de cobertura pelo seguro. Cabe ao reclamante comprovar que os limites estabelecidos na apólice de seguro são indevidos ou nulos, por se tratar de fato constitutivo do seu direito (inciso I do art. 818 da CLT). Por conseguinte, nos termos do art. 978, parágrafo único, do CPC, que prevê a incumbência de analisar o mérito do incidente e de fixar a tese jurídica devendo julgar igualmente o recurso (causa piloto) nos autos do RO n. 0000406-97.2023.5.14.0002, de relatoria da Desembargadora Socorro Guimarães, decidiu-se conhecer do recurso e, no mérito, negar-lhe provimento, mantendo a r. sentença, nos termos do voto do Relator. Sessão de julgamento presencial realizada no dia 31 de março de 2025, na forma da Resolução Administrativa n. 033/2019, disponibilizada no Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho em 26-6-2019.

Porto Velho, 31 de março de 2025.

CARLOS AUGUSTO GOMES LÔBO
DESEMBARGADOR-RELATOR

CARLOS AUGUSTO GOMES LOBO

