

**Cobrança - Seguro - Acidentes pessoais -
Invalidez permanente - Cláusulas - Interpretação
- Código de Defesa do Consumidor - Aplicação
- Capacidade laboral comprometida -
Indenização devida**

Ementa: Apelação. Cobrança. Seguro. Acidentes pessoais. Invalidez permanente. Interpretação das cláusulas. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Capacidade laboral comprometida. Indenização devida.

- Há de se considerar nula a cláusula que restringe em demasia a cobertura do contrato de seguro, por afastá-lo da função social a que se destina.

- Impõe-se o pagamento da indenização ao segurado que se encontra impedido de exercer a sua atividade profissional.

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0701.10.016621-7/001 -
Comarca de Uberaba - Apelante: José Ananias Teixeira
- Apelado: HSBC Seguros Brasil S.A. - Relator: DES.
MARCOS LINCOLN**

Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 11ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, à unanimidade, EM DAR PROVIMENTO AO RECURSO.

Belo Horizonte, 28 de março de 2012. - *Marcos Lincoln* - Relator.

Notas taquigráficas

DES. MARCOS LINCOLN (Relator) - Trata-se de apelação interposta por José Ananias Teixeira da sentença proferida pela MM. Juíza de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Uberaba, que, nos autos da ação de cobrança de seguros ajuizada em desfavor de HSBC Seguros Brasil S.A., julgou improcedente o pedido, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios de R\$ 800,00, suspensa a exigibilidade, nos termos do art. 12 da Lei nº 1.060/50.

Em suas razões, o autor/apelante sustentou, em síntese, que, ao contrário do que decidiu a Juíza sentenciante, a moléstia que o acometeu é decorrente de acidente de trabalho, e não de doença. Salientou que, em decorrência da lesão, não está mais capacitado para o trabalho. Ao final, pugnou pelo provimento do recurso para reformar a sentença e julgar procedente o pedido.

Intimada, a apelada apresentou suas contrarrazões.

Recurso próprio e tempestivo, estando sem preparo em face da gratuidade judiciária.

É o breve relatório, passo a decidir.

Trata-se de ação de cobrança de indenização securitária, cujo seguro de vida foi contratado pelo autor/

apelante para cobrir os eventuais sinistros de morte, invalidez e diária por internação hospitalar (certificados de f. 16 e 17).

A responsabilidade da seguradora é objetiva, seja nos termos do Código Civil (art. 927, parágrafo único), seja na forma do CDC (art. 14), bastando ocorrer o sinistro, pois se trata de contrato de risco, e o dever de indenizar somente é afastado em face das excludentes (fato exclusivo da vítima, fato exclusivo de terceiro, caso fortuito ou de força maior).

Pois bem.

No caso dos autos, o apelante foi diagnosticado como portador de lesão do ligamento cruzado posterior (LCP) e de hérnia de disco cervical e lombar, conforme laudo pericial de f. 80/84, que também concluiu pela incapacidade definitiva do segurado para o trabalho que exercia (transportador de carga e descarga).

A sentença recorrida julgou improcedente o pedido, sob o fundamento de que a incapacidade do autor/apelante seria decorrente de doença, e não de um acidente, e que o contrato celebrado entre as partes só previa a cobertura neste último caso.

Essa é a decisão recorrida.

O cerne da questão é saber se o sinistro sofrido pelo apelante estaria, ou não, acobertado pelo contrato de seguro.

Nos termos do contrato firmado entre as partes, considera-se acidente pessoal:

o evento com data perfeitamente caracterizada, exclusivo 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 (item 1 das 'Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Sorte Combinada', de f. 17/18).

Assim, infere-se que as lesões sofridas pelo autor/apelante provocam invalidez permanente e apta a ensejar a cobertura do seguro.

Acontece que a seguradora sustenta que o instrumento contratual exclui, expressamente, a cobertura para acidentes decorrentes de doença.

De fato, a cláusula 5.2 dispõe:

Não se enquadram 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;

[...]

Qualquer tipo de hérnia e suas consequências; [...].

Não obstante, impõe-se realçar que o contrato de seguro é um pacto de adesão por natureza, em que o conteúdo é elaborado pelo segurador, devendo suas cláusulas ser aceitas pelo segurado, que não tem oportunidade de discuti-las. Em razão disso, devem ser interpretadas com razoabilidade, observando, principalmente, a função social do contrato e a boa-fé do contratante.

Sobre o contrato de seguro, o civilista Sílvio de Salvo Venosa ensina:

É contrato de adesão, como regra, pois se apresenta com cláusulas predispostas ao segurado. Este não participa de sua elaboração nem das condições gerais, na maioria das vezes imposta pela Administração. O fato de serem adicionadas cláusulas manuscritas ou datilografadas não lhe retira essa característica: 'A inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato' (art. 54, § 1º, do Código de Defesa do Consumidor). Ocorre praticamente sem exceção a padronização das cláusulas do contrato de seguro, ao menos aquelas mais utilizadas. A interpretação, na dúvida, obscuridade ou contradição deve favorecer o aderente segurado. Ainda que assim não fosse, o art. 47 do Código de Defesa do Consumidor determina que as cláusulas sejam interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor. (*Direito civil: contratos em espécie*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003, vol. III, p. 379.)

Dessa forma, sabe-se que uma pessoa, ao contratar um seguro, busca a maior proteção possível, acreditando que, quando precisar, será atendida prontamente.

Contudo, apesar de o contratante pagar em dia o prêmio, às vezes, ao necessitar acionar o seguro, é surpreendido pela negativa da contratada, que se apoia em cláusulas restritivas que excluem diversas situações.

Normalmente, a parte contratante não é advertida para o conteúdo dessas cláusulas e, assim, acredita que será assistido em qualquer caso, se acometido por alguma invalidez permanente.

Voltaire Maranesi, em sua obra *O seguro no direito brasileiro*, 7. ed., p. 9, comenta:

Em verdade, o seguro de acidentes pessoais é um desdobramento do ramo da vida (seguro vida), introduzido no mercado segurador com a finalidade de estreitar e especificar as vicissitudes, que podem abater o homem no evoluir de sua trajetória. Justamente, em virtude de situações casuísticas surge uma modalidade de seguro, objetivando minorar os percalços inerentes à condição humana.

O chamado "seguro de acidentes pessoais" costuma possuir cláusulas que restringem em demasia a cobertura, afastando-o da função a que se destina, isto é, de garantir o contratado no caso de vir a sofrer um infortúnio que acabe lhe causando invalidez permanente ou morte.

Visando proteger o consumidor, o CDC aplicável aos contratos de seguro, em seu art. 51, dispõe sobre as cláusulas que, se presentes, serão consideradas nulas de pleno direito, porquanto presumidamente abusivas.

De se destacar que o rol do mencionado art. 51 não é taxativo, cabendo ao julgador, no caso, analisar se a cláusula é condizente com o espírito do contrato.

O referido dispositivo legal diz que são abusivas as cláusulas que

estabelecem obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

Enuncia, ainda, que se presume exagerada, entre outros casos, a vontade que:

- I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
- II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
- III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Nesse contexto, a meu ver, é abusiva a cláusula que exclui as doenças e as hérnias do conceito de acidente, pois, em determinados casos, como na hipótese dos autos, a doença pode ser um "o evento com data perfeitamente caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física", que culmine na invalidez permanente do segurado.

Não é razoável que o segurado, após tempos cumprindo com sua parte na avença, seja surpreendido por uma cláusula limitativa, pois contratou a cobertura securitária para o caso de resultado invalidez permanente ou morte.

Desse modo, *data venia*, a previsão contratual que restringe as hipóteses de cobertura, excluindo do conceito de "acidentes pessoais" as doenças e hérnias, é abusiva, devendo ser declarada nula.

A respeito dessa matéria, esta Câmara já julgou as Apelações nº 1.0024.07.679583-0/001 (DJe de 24.5.2010) e 1.0105.03.095230-0/001 (DJe de 9.12.2009), entre outras, de minha relatoria.

Não bastasse isso, é fato incontroverso que a hérnia de disco do autor/apelante foi causada pelo exercício habitual e permanente da profissão de transportador de carga e descarga, e, como se sabe, as doenças laborais equiparam-se às dos acidentes do trabalho, para fins securitários, em razão do que o apelante faz jus ao recebimento de indenização por invalidez.

No tocante ao *quantum* indenizatório, contata-se que a apólice prevê o pagamento de R\$ 5.455,00 (cinco mil quatrocentos e cinquenta e cinco reais), para o caso de invalidez permanente, cuja quantia deverá ser corrigida monetariamente pelos índices da tabela da Corregedoria-Geral de Justiça, a partir do ajuizamento da ação, e acrescida de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação.

Mediante essas considerações, dou provimento ao recurso, para reformar a sentença e julgar procedente o pedido e condenar a seguradora-ré a pagar ao autor apelante a quantia de R\$5.455,00 (cinco mil quatrocentos e cinquenta e cinco reais), a título de indenização por invalidez, com os acréscimos indicados na fundamentação.

Diante do novo resultado da lide, condeno a ré ao pagamento da integralidade das custas, inclusive recursais, e honorários advocatícios, que fixo em 20% sobre o valor da condenação.

DES. WANDERLEY PAIVA (Revisor) - De acordo com o Relator.

DES.ª SELMA MARQUES - De acordo com o Relator.

Súmula - DAR PROVIMENTO AO RECURSO.