

A ineficácia da cláusula de não indenizar por doença ocupacional no seguro acidente do trabalho.

Marco Félix Jobim

(especialista em direito civil pela UniRitter e especialista na " área da saúde do trabalhador" pela UFRGS).

Introdução.

Durante os estudos acadêmicos questionamos o contrato de seguro como fonte segura de cumprimento de obrigação para com o segurado, uma vez que vimos, em uma gleba muito grande de casos, que na maioria das oportunidades, as seguradoras criavam óbice ao pagamento da quantia estipulada.

Não é diferente quando encerramos o curso de graduação e iniciamos a trabalhar movendo ações contra seguradoras, onde, presenciemos casos em que a negativa do pagamento do valor estipulado é freqüentemente negado pelos mais absurdos pretextos.

Contudo, nenhuma negativa causa maior surpresa, repúdio e indignação quanto ao seguro de acidente de trabalho que, por desrespeito ao trabalhador, vêm às seguradoras retirando, unilateralmente e *contra legem*, o direito ao seguro por doença ocupacional.

Por este motivo, vendo o que de pior pode acontecer a um trabalhador que pagou o prêmio por anos e, na hora da contraprestação, se ver frente a uma negativa abusiva das grandes sociedades que são as seguradoras, é que nos aventuramos a buscar um melhor ângulo de visão aos estudantes e profissionais deste tema para que, num futuro não muito distante, poderemos retornar com todas as garantias inerentes aos trabalhadores.

Para realizar tal feito, estudaremos, na primeira parte da monografia, a estrutura do contrato de seguro.

Num segundo momento, analisaremos os acidentes de trabalho e incluiremos nele a doença ocupacional, prevista em Lei, mostrando o quão errônea e abusiva é a cláusula que retira esta garantia legal do trabalhador.

Ingressaremos, na terceira parte, na ação de seguro contra a negativa da seguradora por doença ocupacional, mostrando a ineficácia da cláusula e questões processuais aplicadas a espécie.

Por fim veremos algumas generalidades da ação de seguro, seu rito, a prescrição, o cabimento do abalo moral pela negativa abusiva e, nos anexos, colacionaremos acórdãos que visam a mesma interpretação perseguida pelo pesquisador, para que possamos convencer ao leitor de que a doença ocupacional é acidente de trabalho, sendo que, a cláusula que limita sua inclusão é ineficaz perante o segurado.

Esperamos realizar um trabalho consistente para que se crie uma primeira visão aquele que nunca se deparou com o tema, e para aqueles que já o tem como controvertido, esperamos que tomem posicionamento favorável ao trabalhador, visto que é a parte mais enfraquecida na relação obrigacional.

1. Noções Gerais do Contrato de Seguro

Neste capítulo inicial teremos a oportunidade de estudar o instituto do seguro, com sua evolução histórica e legislativa, sua definição e natureza jurídica.

1.1 - Seguro – Evolução Histórica

O contrato de seguro, dentro do ordenamento jurídico mundial, não é algo milenar, iniciando, como bem ensina Domingos Afonso Kriger Filho^[1]:

“Os germes históricos do seguro moderno, tal como o conhecemos atualmente, surgiram no século XIV com o seguro marítimo, sendo os primeiros documentos redigidos em idioma italiano. Na Inglaterra, a partir do século XVII, apareceu o seguro terrestre, bem como foi introduzido o seguro contra incêndio. Também em 1666, como consequência do grande incêndio de Londres. Também foram os ingleses que conceberam o seguro de vida no século XVI, com a Casualty Insurance”.

Notamos que o contrato de seguro consolidou-se, somente, após os homens, principalmente os comerciantes, perderem grandes quantias de mercadorias –leia-se dinheiro – começando na época mercantilista, das grandes navegações. De antemão, já vislumbramos que o objetivo primeiro do porque da iniciação deste tipo de instituto foi a proteção da segurança patrimonial dos comerciantes, e não a vida e a integridade física do ser humano, como deveria ter sido.

Talvez, a problemática enfrentada pela presente monografia, só esteja sendo hoje discutida, porque a origem dos primeiros contratos de seguro foram com intuítos meramente mercantis. Óbvio que se todo seu início tivesse começado com a preocupação primeira de garantia da proteção jurídica à saúde e bem estar das pessoas, principalmente dos trabalhadores, certamente, hoje, não haveria tanta controvérsia negativa instaurada sobre a matéria.

O mesmo início histórico do contrato de seguro é acompanhado por Silvio de Salvo Venosa^[2]:

“O seguro surge inicialmente no direito marítimo na Idade Média. Embora possuísse institutos próximos, a Antiguidade não conheceu esse contrato. Em princípio, quando ainda era pequena a atividade comercial, surgiram as sociedades de contribuição mútua entre navegantes, semelhantes às de beneficência. Quando algum proprietário de navio sofria um prejuízo ou perda, outros integrantes do grupo o socorriam com contribuições para aquisição de outros bens (Alvim, 1983:7). Em sua fase inicial, o seguro cobria os navios e as respectivas cargas. A insegurança das viagens aguçou os espírito dos negociantes a especular sobre o risco. O contrato de seguro com os contornos atuais foi surgindo paulatinamente, em decorrência das necessidades sociais, como sói acontecer com os institutos de origem mercantil. Sua ampla difusão partiu da Inglaterra no século XVII, tendo como adoção se generalizado a partir do século XIX, então também acolhido no

nosso Código Comercial. Foi igualmente nesse que se desenvolveu o seguro social dirigido à atividade laboral dos trabalhadores e aos acidentes de trabalho. A experiência do seguro marítimo, sem dúvida, deu origem às outras modalidades de proteção ao risco”

Outro conhecido doutrinador pátrio, Silvio Rodrigues^[3], mais abrangentemente, introduz a histórica evolução do contrato de seguro:

“O contrato de seguro é desconhecido do Direito Romano e surge no direito medieval, como consequência do desenvolvimento da navegação. De início encontra alguma resistência, não só por se entender que tinha o caráter idêntico ao jogo e da aposta, como também pela falta de segurança que apresentava, em virtude de fatores vários, entre os quais a freqüente falência dos seguradores, a nenhuma garantia quanto ao recebimento da indenização quando ocorria o sinistro”.

“Assim, o primeiro ramo a aparecer é o seguro marítimo, já conhecido no século XVI”.

“O seguro terrestre começa a se desenvolver na Inglaterra, a partir do século XVII. Mas só no fim do século XVIII e começo do século XIX é que vai se difundir, alcançando, a final, no século XX, o extraordinário desenvolvimento de nossos dias”.

Com isso, inicia-se o contrato de seguro no ordenamento jurídico mundial, começando a ser reconhecido em diversos Países, inclusive no Brasil, onde sua primeira manifestação foi no Código Comercial de 1850, que disciplinava em seus artigos 666 a 730 o seguro marítimo. A evolução legislativa do seguro no Brasil será analisada em capítulo próprio.

1.2 – Seguro: Conceito

O contrato de seguro segundo o norte buscado no trabalho é aquele onde as partes, segurado e segurador, mediante a assinatura de um contrato, se obrigam, mutuamente, a obrigações, sendo que aquele se predispõe a pagar um prêmio e este, a pagar uma indenização, baseado na perda de um bem e seu risco.

Orlando Gomes define o contrato de seguro como sendo *“uma empresa especializada obriga-se com uma pessoa, mediante contribuição por esta prometida a lhe pagar certa quantia, se ocorrer o risco previsto”* ^[4].

O antigo artigo 1432 do Código Civil de 1916 definia o contrato de seguro como sendo *“aquele pelo qual uma das partes se obriga com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indeniza-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato”.*

Pelo Novo Código Civil, existe uma nova redação ao artigo antigo, hoje no inserido no 757, diz 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 risco predeterminado”.*

A partir da leitura da nova redação do Código Civil, fica muito difícil um conceito de contrato de seguro se distanciar do referido artigo, uma vez que já abrange grande parte dos institutos que fazem parte do contrato.

Conceito mais atual é dado por Wellington Pacheco Barros^[5], que ensina que o contrato de seguro:

"é aquele pelo qual uma das partes, chamado de segurador, mediante o pagamento de um prêmio pago pela outra, o segurado, obriga-se a indenizá-lo dos riscos previstos no contrato, que possam sobrevir no futuro".

Não podemos deixar de citar Marcelo Teixeira Bittencourt[6], que assim expõe sobre o instituto:

"O contrato de seguros privados é um acordo de vontade bilateral e oneroso avençado entre o consumidor denominado segurado e o fornecedor de serviços denominado sociedade seguradora, que gera a obrigação do segurado de pagar o prêmio do seguro e da seguradora de pagar a indenização fixada na proposta, ou na apólice de seguros"

Assim, a definição do contrato de seguro, como podemos notar, se desdobra do próprio artigo de lei que o define. Com referidos conceitos acima vistos, podemos notar que existem uma série de figuras próprias na contratação, como, o segurado, o segurador, o prêmio, a apólice, o estipulante e o risco.

Para uma melhor conceituação e entendimento da dimensão da definição de contrato de seguro, nada melhor analisar, um a um, os institutos que fazem parte de se conceito.

O segurado é aquele que paga, mensalmente, uma quantia estipulada, denominada prêmio, para que, em evento futuro, esteja devidamente segurado contra um risco predeterminado.

O segurador é aquele que, mensalmente, recebe uma contraprestação pecuniária do segurado, denominada de prêmio, e que se obriga ao pagamento do seguro em caso de acontecimento de uma das cláusulas previstas na apólice.

Apólice é o documento hábil a contratação de seguro, onde, previamente, são estipuladas cláusulas para serem cumpridas por ambas as partes, determinando riscos, valores e datas. Na redação do artigo 758 do Código Civil:

"O contrato de seguro prova-se com a exibição da apólice ou do bilhete do seguro, e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio".

Prêmio é a quantia mensal paga pelo segurado ao segurador que garante o adimplemento do contrato por ambas as partes. O atraso no pagamento do prêmio, quando da ocorrência do sinistro, retira o direito do segurado de receber o seguro, segundo redação do artigo 763 do Código Civil:

"Não terá direito a indenização o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação".

Riscos são as cláusulas pré-determinadas que estão inseridas nos contratos, que definem a inclusão de eventos que porventura serão utilizados para o pagamento ou não do seguro. A definição de risco no Código Civil encontra-se no artigo 779:

"O risco do seguro compreenderá todos os prejuízos resultantes ou conseqüentes, como sejam estragos ocasionados para evitar o sinistro, minorando o dano, ou salvar a coisa".

Estipulante é a pessoa que intermédia na contratação do seguro, definindo, junto com a seguradora, cláusulas e condições de pagamento a uma gama de segurados, recebendo o prêmio e repassando ao segurador.

Beneficiário é a pessoa, previamente escolhida pelo segurado, que tem a legitimidade de receber o valor referente ao seguro, em caso de algum acontecimento previsto contra ele.

Devido à complexidade da figura denominada de beneficiário, é de inteligência ressaltar o conceito deste instituto colocado na obra do autor Marcello Pereira Bitencourt^[7]:

"O beneficiário é a pessoa selecionada, previamente, pelo segurado na vigência do contrato de seguros para receber uma determinada importância segurada, quando ocorrerem certas condições contratuais".

Por fim temos a indenização que é o pagamento da importância pela seguradora ao segurado a fim de reparar o dano sofrido objetos dos limites da contratação. Assim dispõe o artigo 781:

"A indenização não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo da garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do segurador".

3. Seguro – Natureza Jurídica

Segundo Silvio Rodrigues^[8], o contrato de seguro é: *"bilateral, oneroso, aleatório e solene"*.

Sobre a bilateralidade do contrato de seguro, maiores ponderações não necessitam ser feitas, uma vez que o próprio nome já nos trás a idéia de que deve haver uma manifestação de vontade de ambas as partes para a contratação do seguro.

Discorrendo sobre a onerosidade do contrato, Venosa assim define esta classificação:

"Nos contratos onerosos, pois, ambos os contratantes têm direitos e deveres, vantagens e obrigações; a carga contratual está repartida entre eles, embora nem sempre em igual nível. As partes concedem-se reciprocamente direitos. A onerosidade identifica-se primordialmente pela contraprestação que se segue à prestação, pela vantagem que decorre de um sacrifício do contratante. Pode ocorrer que decorra de um sacrifício do contratante. Pode ocorrer que o dever de um dos contratantes esteja em âmbito maior que o outro".

Fácil a verificação da onerosidade do contrato no seguro, onde a diversidade de deveres e obrigações são inerentes aos contratantes, cada qual com sua função para a perfectibilização do negócio.

Já os contratos aleatórios são aqueles onde a obrigação diz respeito a evento futuro, o que bem vemos no contrato estudado, onde a contraprestação, ou seja, o pagamento do seguro está vinculado a causa futura, após a assinatura do mesmo.

O artigo 458 do Código Civil de 2002 assim define o contrato aleatório:

"Se o contrato for aleatório, por dizer respeito a coisas e fatos futuros, cujo risco de não virem a existir assuma um dos contratantes, terá o outro direito a receber integralmente o que lhe foi prometido, desde que de sua parte não tenha havido dolo ou culpa, ainda que nada de avençado venha a existir".

Também é solene o contrato de seguro, uma vez que exige uma série de requisitos para sua franca validade.

Já Venosa^[9], coloca mais alguns elementos na natureza jurídica do contrato de seguro, quando fala que o mesmo é: *"bilateral, oneroso, aleatório, consensual e de adesão, subordinado à boa-fé qualificada, de execução continuada"*.

Consensual, pois, exige-se uma certa formalidade para a contratação do seguro, sendo que esta se manifesta através do contrato escrito. Ainda, diz-se de adesão por, obviamente, o segurado não poder participar da elaboração das cláusulas, vindo estas já pré-determinadas para sua pronta assinatura.

Mais importante nos dias atuais, até porque o novo Código Civil incluiu esta questão em vários de seus dispositivos, assim como já havia feito o Código de Defesa do Consumidor, é o princípio da boa-fé contratual.

Por este princípio, as partes, tanto o segurado como o segurador, tem a obrigação de agir de acordo com as mais integras regras de boa conduta, quer na fase pré-contratual, contratual e pós-contratual, principalmente, ao segurado, quando das informações para a elaboração do contrato.

4. Seguro – evolução legal

Conforma já dito anteriormente, no Brasil, os primeiros passos do contrato de seguro vieram codificados no estatuto comercial de 1850, quando discorria sobre a contratação de seguro marítimo, nos artigos 666 a 730. Disciplina o artigo 666 do Código Comercial, parte ainda em vigor:

"O contrato de seguro marítimo, pelo qual o segurador, tomando sobre si a fortuna e riscos do mar, se obriga a indenizar ao segurado da perda ou dano que possa sobrevir ao objeto do seguro, mediante um prêmio ou soma determinada, equivalente ao risco tomado, só pode provar-se por escrito, a cujo instrumento se chama apólice; contudo, julga-se subsistente para obrigar reciprocamente ao segurador e ao segurado desde o momento em que as partes se convierem, assinando ambas a minuta, a qual de contes as declarações, cláusulas e condições da apólice".

Com a leitura do artigo 666 do Código Comercial, notamos a inteligência do legislador na época, que, já em meados de 1800, trouxe um conceito ainda atual, nos seguros marítimos. Já os seguros terrestres iniciaram-se, no Brasil, com o decreto 4270/01.

O Código Civil de 1916 disciplinava a contratação de seguro em alguns dispositivos contratuais.

A legislação de 1966, Decreto lei nº 73, regulou o Sistema Nacional de Seguros Privados, tendo diversas alterações ao longo dos anos. A Lei de 73 regula, em seu artigo 8º, o sistema nacional de seguros privados, composto pelo CNSP – Conselho Nacional

de Seguros Privados – SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – IRB – Instituto de Resseguros do Brasil – as Sociedades Autorizadas a Operar em Seguros Privados – e os Corretores Habilitados. Cada um dos institutos acima elencados tem suas atribuições dentro do sistema de seguros privados, não havendo como enumerá-los sob pena de perder-se o norte perseguido pela monografia.

Posteriormente adveio o Decreto 70.076 de 1972 e a Lei 9.932 de 20 de dezembro de 1999 que dispõe sobre a transferência de atribuições da IRB-Brasil Resseguros S.A. - IRB-BRASIL Re para a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, e dá outras providências, que revogou parte do Decreto 73/66.

Hoje, como sabemos, a última lei ordinária a tratar da contratação de seguros foi o Código Civil de 2002, que regula em seus artigos 757 a 802 a contratação do mesmo.

Não se esquecendo que a legislação básica dos seguros privados, Decreto 73/66, foi totalmente recepcionado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 192, II, que dispõe sobre o Sistema Financeiro nacional:

Art. 192. O sistema financeiro nacional, estruturado de forma a promover o desenvolvimento equilibrado do País e a servir aos interesses da coletividade, será regulado em lei complementar, que disporá, inclusive, sobre:
II - autorização e funcionamento dos estabelecimentos de seguro, resseguro, previdência e capitalização, bem como do órgão oficial fiscalizador. (Redação dada ao inciso pela Emenda Constitucional nº 13/96)

2– TIPOS DE ACIDENTES DO TRABALHO

A doutrina jurídica, principalmente, mostra uma certa divergência entre os tipos de acidentes de trabalho, sendo igualitárias, somente, no número de três. Para a caracterização da doença ocupacional como acidente de trabalho, deve-se, além da doutrina jurídica, analisar, também, o texto imperativo da lei, principalmente a Lei 8213/91, que define os acidentes de trabalho em seus artigos 19 e 20, senão vejamos:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do artigo 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 1º. A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º. Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º. É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º. O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento.

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Com isso, notamos que doença ocupacional – doença profissional e doença do trabalho – são consideradas acidente de trabalho, por lei. O que não são acidentes de trabalho estão abaixo enumeradas nos parágrafos e alíneas do artigo 20 da Lei 8213/91:

§ 1º. Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;*
- b) a inerente a grupo etário;*
- c) a que não produza incapacidade laborativa;*
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.*

§ 2º. Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.

Contudo, sempre analisando o caso como sendo de seguro acidente de trabalho, a negativa mais usada pelas seguradoras e aceita pelo Judiciário é de que as doenças do trabalho e as doenças profissionais (ambas denominadas doenças ocupacionais), são de que elas somente são consideradas acidentes de trabalho para fins previdenciários e não securitários ou indenizatórios. Contudo, utilizam denominação do artigo 21 da Lei 8213/91, inserindo “*para fins previdenciários*” no artigo 20, o que não é cabível.

Olhemos o artigo 21:

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

- I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;*
- II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:*
 - a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;*
 - b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;*
 - c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;*
 - d) ato de pessoa privada do uso da razão;*
 - e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;*
- III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;*
- IV - o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:*
 - a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;*
 - b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;*
 - c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;*

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º. Nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º. Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Assim, por certo, as doenças ocupacionais fazem parte da denominação de acidente de trabalho, sendo, sua limitação, em contrato de seguro, contrária a lei. Não fosse isto, seguramente os autores e as explicações abaixo inseridas não de dar veracidade às afirmações acima feitas.

Para Sebastião Geraldo de Oliveira, são modalidades básicas de acidente do trabalho: o Acidente Tipo, as Doenças Ocupacionais e os Acidentes de Trajeto[10]. Já para Antônio Lopes Monteiro e Roberto Fleury de Souza Bertagni[11], os acidentes dividem-se em tipo, doenças ocupacionais e acidentes por equiparação. Contudo, o objeto desta monografia é tentar aumentar as possibilidades para que o segurado procure seus direitos, sendo a razão esta pela qual escolhemos, como parâmetro, a doutrina de Mauro César Martins de Souza[12], que segue a mesma esteira de José de Oliveira[13], distinguindo os acidentes de trabalho em três modalidades: acidente do trabalho tipo; doença profissional ou tecnopatía e, por fim, as doenças do trabalho atípicas ou mesopatías. Com base nas informações acima coletadas, podemos tirar mais proveito do presente estudo, classificando cada tipo de acidente do trabalho em capítulos a seguir analisados.

Somente para não deixar nenhuma dúvida, as doenças ocupacionais são divididas entre doenças do trabalho e doenças profissionais, fazendo parte, é claro, do conceito de acidente de trabalho, analisando, neste capítulo, todos os acidentes de trabalho que devem estar abrigados pelo seguro acidente de trabalho, que é ditado pelo artigo 7º, XXVIII da Constituição Federal.

Inicialmente, vamos pelo mais fácil e incontroverso dos acidentes de trabalho, aqueles que são incontestáveis perante a seguradora, ou seja, os acidentes típicos.

4.1 – ACIDENTES TÍPICOS

Os acidentes típicos são, na ótica do autor José de Oliveira[14], aqueles que têm “*a subtaneidade da causa e o resultado imediato*”. Assim, está inserido neste acidente aquele em que o empregado é lesado instantaneamente e o resultado do dano lhe é inerente desde o momento que o sofreu.

Antônio Lopes Monteiro[15] também o chama de “*macrotrauma*” e conceitua como “*um evento único, subitâneo, imprevisto, bem configurado no espaço e no tempo e de conseqüências geralmente imediatas*”. Assim, para melhorar o entendimento com uma situação corriqueira, usamos como exemplo o trabalhador que perde os dedos da mão manejando a serra elétrica, ou um braço, uma perna.

Aqui também são classificados os acidentes onde o empregado está *in itinere*, ou seja, de casa a caminho do trabalho ou deste a caminho de casa, uma vez que este trajeto é considerado como trabalho o trajeto acima descrito. Já se decidiu que o simples desvio de trajeto não desconstitui o acidente do trabalho. Porém, se o trabalhador mudar totalmente de rumo, não haverá o acidente.

Assim, sofrendo acidente de trabalho típico, incontestável fica o dever da seguradora de pagar o seguro acidente de trabalho.

4.2 – DOENÇA PROFISSIONAL OU TECNOPATIA

Por segundo, na linha da Lei 8213/91 e continuando na trilha do Prof. Mauro César de Souza, temos, como acidente de trabalho, a doença profissional ou tecnopatía. No conceito de José de Oliveira, este é o que encontra no:

“... trabalho sua causa única, eficiente, por sua natureza, ou seja, insalubridade. São doenças típicas de algumas atividades laborativas. O trabalhador em contato direto com a sílica invariavelmente apresentará a silicose. A leucopenia é outro caso. Nos dias atuais, a tenossinovite é o tipo mais evidente de doença profissional, também conhecida como doença dos digitadores, pianistas, montadores. Estas têm o nexó causal presumido em lei”[\[16\]](#).

A LER – Lesões por Esforços Repetidos – é, certamente, dentre as doenças profissionais existentes, a que mais vem crescendo no universo da infelizmente. Dentro da LER, ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho, como mais atualmente é conhecida, ou, ainda, LTC – Lesões por Traumas Cumulativos –, engloba uma variedade de doenças, compreendendo as neuropatías, tendinites, tenossinovites entre outras, conforme anteriormente estudado. Para o ilustre professor Sebastião Luiz Amorin, o conceito de LER está relacionado com

“A atual organização imprimida ao trabalho industrial, voltada para a obtenção progressiva de maior produtividade, acabou impondo ao obreiro métodos de operação dos equipamentos que, em determinadas funções, obrigam a execução de movimentos repetitivos, ou sob esforço físico e mental, de forma continuada, ao ritmo da máquina, ou sob necessidade de produção, muitas vezes em posturas inadequadas e sob condições ambientais desfavoráveis. Desta forma, exercita geralmente os membros superiores, o que acaba por determinar distúrbios de ordem inflamatória nos sistemas neuro, músculo ou tendinoso, atualmente rotulados sob a denominação de Lesões por Esforços Repetidos”[\[17\]](#).

Dentre as neuropatías existentes, pode-se exemplificar a Síndrome do Desfiladeiro Torácico, a Síndrome do Supinador e a Síndrome do Túnel do Carpo. Inseridos nas tendinites e tenossinovites, temos a Doença de Quervain, o Dedo no Gatilho, a Tendinite Bicipital, a Tenossinovite dos Extensores dos Dedos e do Carpo. Entre outras doenças profissionais, podemos citar os Cistos Sinoviais, ao Miosites e a Câibra do Escrivão.

Outra doença profissional que vem assolando os empregados, principalmente aqueles que prestam serviços em metalurgias e telefonias, é a perda auditiva induzida por ruído – PAIR. Segundo o autor Irineu Antônio Pedrotti:

"A perda da audição, em qualquer grau, autoriza a concessão do auxílio acidente, uma vez comprovados o nexo etiológico e a incapacidade parcial que impede o segurado de exercer a atividade habitual"[18].

Existem, ainda, dezenas de doenças profissionais que poderiam ser lembradas aqui, evidenciando-se a Hérnia de Disco ou Discal, por ser uma doença dolorosa para o incapacitado e que, em inúmeras vezes, há a negativa do seguro por se tratar de doença ocupacional. Segundo Irineu Antônio Pedrotti:

"Cuida-se de doença da coluna que mais leva o segurado a definir se deve ou não se submeter a cirurgia para livrar-se da dor. Em geral, acometido do mal, o segurado procura ficar acamado na esperança de ter curada a dor da hérnia de disco, sem ter que ser submetido a cirurgia. É de conhecimento público o medo da maioria das pessoas, quando se fala em operar a coluna, em face do risco de ficar paraplégico"[19].

Então, como se vê, a hérnia de disco é fatal para o invalidado, pois, além de dolorosa, sua cura fica vinculada a uma operação cara e sem garantias, a qual, em caso de recebimento do seguro acidente do trabalho, a mesma poderá se tornar um pouco mais em conta para o trabalhador.

4.3 – DOENÇAS DO TRABALHO OU MESOPATIAS

As doenças do trabalho, também conhecidas como mesopatias – doenças do meio – são aquelas adquiridas pelas condições de trabalho a que o empregado está circunscrito. Na ótica de José de Oliveira:

"As mesopatias, se não decorrem direta da atividade laborativa, são adquiridas em razão das condições em que o trabalho é realizado (pneumonias, tuberculose, bronquites, sinusite, etc.). As condições excepcionais ou especiais do trabalho determinam a quebra da resistência orgânica com a conseqüente eclosão ou a exacerbação do quadro mórbido, e até mesmo o seu agravamento. Estas não têm nexo etiológico presumido com o trabalho, segundo a Lei, sendo aquele determinável conforme prova pericial, testemunhal e até mesmo incidiria em muitos casos"[20].

Diz ainda:

"Não escapam do conceito de doença do trabalho as concausas de agravamento do estado mórbido, que, não sendo responsáveis diretamente pela incapacitação, de qualquer modo pioram o estado físico do trabalhador. As concausas se identificam como as causas para efeitos legais de amparo infortunistico"[21].

Pela análise do conceito acima, pode-se considerar acidente do trabalho, também, o fato de o empregado, sem apresentar os sintomas, mas com pré-determinação a ter a doença, aflorá-la devido às condições precárias e insalubres do local do trabalho, como, por exemplo, no caso de pneumonia, pois, como ensina de Sebastião Luiz Amorin, *"trata-se de mal que atinge um ou mais lobos do pulmão, habitualmente de origem pneumococéica. Caracteriza-se por início rápido, com calafrios, febre, ou pleurítica, tosse e dispnéia"*. A manutenção de um empregado, com pré-determinação a ter pneumonia, colocado em ambiente úmido e frio, certamente farão com que a doença ecloda, tendo, portanto, concausas a serem analisadas para o devido enquadramento em acidente do trabalho.

Assim, conforme demonstrado cabalmente acima, os acidentes de trabalho comportam não somente o acidente típico, mas as doenças ocupacionais e a doença do trabalho, razão pela qual todas devem ser indenizadas pelo seguro acidente de trabalho.

4 – O seguro acidente de trabalho

Conforme estudado no capítulo anterior, o acidente de trabalho comporta três tipos diferenciados de se ocorrer, quer seja o acidente típico ou as doenças ocupacionais (doença profissional e do trabalho).

Mas, de onde retiramos que o empregador é obrigado a ter em sua empresa um seguro de acidente de trabalho.

Antes de adentrarmos na legislação vigente, cumpre salientar que o trabalho enobrece a alma, sustenta famílias e a economia de um país. Tudo isso só ocorre porque o ser humano tem capacidade para laborar.

Quando esta capacidade é retirada do cidadão, no exercício de sua função, deve ser indenizada da melhor maneira possível, quer pelo Seguro Social, quer pelas ações indenizatórias, quer pelo recebimento do seguro de acidente de trabalho.

Tal instituto vem previsto constitucionalmente, no artigo 7º, inciso XXVIII da Carta Magna que assim dispõe:

"seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa"

O grande estopim para se ter a contratação de seguro acidente de trabalho é, com certeza, o artigo 7º, XXVIII da Carta Constitucional que confere, a cargo do empregador, o seguro contra acidente de trabalho.

Ressalte-se que tal norma está inserida no artigo 7º da Constituição Federal, pois são direitos inerentes ao trabalhador, portanto, irrenunciáveis, não havendo como o empregador se eximir da contratação do seguro.

O decreto-lei 73 de 21 de novembro de 1966, dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências que estabelece em seu artigo 1º que: *"Todas as operações de seguros privados realizados no País ficarão subordinadas às disposições do presente Decreto-Lei"*.

O mesmo decreto, autoriza, em seu artigo 36, que a SUSEP será a executora da organização, funcionamento e operações das sociedades seguradoras, senão vejamos:

Art. 36. Compete à SUSEP, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP, como órgão fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das Sociedades Seguradoras:

a) processar os pedidos de autorização, para constituição, organização, fusão, encampação, grupamento, transferência de controle acionário e reforma dos Estatutos das Sociedades Seguradoras, opinar sobre os mesmos e encaminhá-los ao CNSP;

- b) baixar instruções e expedir circulares relativas à regulamentação das operações de seguro, de acordo com as diretrizes do CNSP;*
- c) fixar condições de apólices, planos de operações e tarifas a serem utilizadas obrigatoriamente pelo mercado segurador nacional;*
- d) aprovar os limites de operações das Sociedades Seguradoras, de conformidade com o critério fixado pelo CNSP;*
- e) examinar e aprovar as condições de coberturas especiais, bem como fixar as taxas aplicáveis;*
- f) autorizar a movimentação e liberação dos bens e valores obrigatoriamente inscritos em garantia das reservas técnicas e do capital vinculado;*
- g) fiscalizar a execução das normas gerais de contabilidade e estatística fixadas pelo CNSP para as Sociedades Seguradoras;*
- h) fiscalizar as operações das Sociedades Seguradoras, inclusive o exato cumprimento deste Decreto-Lei, de outras leis pertinentes, disposições regulamentares em geral, resoluções do CNSP e aplicar as penalidades cabíveis;*
- i) proceder à liquidação das Sociedades Seguradoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;*
- j) organizar seus serviços, elaborar e executar seu orçamento.*

Diante do decreto-lei 73/66, nos curvamos as circulares, resoluções, atos administrativos, portarias entre outras fontes, emanados da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – para que possamos contratar ou não um seguro.

Com a leitura, tanto do Decreto-lei 73/66 e da lei 9932/99, vemos que em ambas as leis, não há disposição sobre contratação de tipos de seguros, prazos, entre outros elementos importantes ao presente trabalho. Tais elucidações deverão ser buscadas nas circulares e resoluções expedidas pela SUSEP.

Contudo, a fim de não estender o trabalho demasiadamente e fugir do foco do estudo, apenas analisaremos uma mínima linha de artigos. Vejamos, por exemplo, o que dispõe a circular 48 de 25 de junho de 1998, que altera, em parte, a circular 17, emanada da SUSEP, relativamente aos seguros de invalidez por acidente de trabalho e por doença ocupacional.

"Entende-se como capital segurado a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a garantia contratada, vigente na data do evento.

§ 1º. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

II - Nas garantias adicionais de indenização especial de morte por acidente (IEA) e de indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), a data do acidente;

III - Na garantia de indenização por invalidez permanente por doença (IPD), a data da concessão da aposentadoria por invalidez por doença ou, se anterior, a da comprovação mencionada no artigo 4º" .

A data do evento para o início do prazo de pagamento para acidentes de trabalho e das doenças são diferenciados. Outras circulares são igualmente importantes, o que, infelizmente, não poderá ser apreciada aqui, sob pena de inviabilizar o prosseguimento e o objetivo do trabalho.

4.1 INEFICÁCIA DA CLÁUSULA DE NÃO INDENIZAR POR DOENÇA OCUPACIONAL NO SEGURO ACIDENTE DE TRABALHO.

O contrato de seguro, como bem se sabe, é um negócio jurídico, e, para tanto, deve ter passado por três planos distintos para sua perfectibilização: o plano da existência – ou seja deve existir – o plano da validade – existindo deve ser válido e o plano da eficácia – existindo, sendo válido, deve ser eficaz.

Contudo, no presente caso, onde afirmamos, sem sombra de dúvida, que a doença ocupacional é acidente de trabalho e, portanto, uma cláusula limitando sua cobertura, por não se enquadrar no conceito do artigo 19 da lei 8213/92, é por demais *contra legem*. Portanto, diante de tal ilicitude, poderíamos propor duas formas de resolução do caso.

A primeira e mais simples seria, pela ótica civilista, somente declarar nula a cláusula, por o negócio jurídico estar em desconformidade com os princípios gerais de direito civil, principalmente infringindo o plano da validade, conforme dispõe o artigo 166 do CC:

*Art. 166. É nulo o negócio jurídico quando:
VI – tiver por objeto fraudar lei imperativa;*

Ora, sendo, por lei (artigo 20 da Lei 8213/91), a doença ocupacional acidente de trabalho, qualquer cláusula que tente lhe retirar tal atribuição é nula, visto que pretende fraudar lei imperativa.

A segunda maneira de se resolver a questão, pela ótica consumerista, seria apenas decretar, perante o consumidor, sua ineficácia, o que passamos a defender.

Nada melhor que adentrar na ineficácia do negócio jurídico, citando a Professora Dra. Vera Jacob de Fradera, em seu artigo “Ineficácia das cláusulas abusivas no sistema brasileiro do Código de Defesa do Consumidor^[22]”, que assim dispõe sobre a matéria.

“Assim sendo, o negócio jurídico, diversamente de qualquer outro tipo de fato jurídico, deve passar por três planos, a saber: o da existência, o da validade e o da eficácia”.

“Pertencem ao plano da existência do negócio, ou dos pressupostos, o agente, uma declaração de vontade e as circunstâncias negociais. A doutrina refere-se aos elementos de existência do negócio jurídico, utilizando o vocábulo elemento em sua acepção aristotélica, aquilo que se faz alguma coisa. De acordo com essa perspectiva, o negócio jurídico é, pois, constituído, feito por esses elementos”.

“O segundo plano pelo qual deve passar o negócio jurídico é o da validade, isto é, o plano das adjetivações, dos requisitos, aquilo que a ordem jurídica requer, nos elementos da existência, para que o negócio jurídico seja válido. Quais são esses requisitos? Em relação ao agente, que ele seja capaz e legitimado para o negócio, que sua declaração seja livre, sem vícios; em relação à forma, que seja observada quando prescrita em lei. O tempo e o lugar, que integram o plano da existência, não estão sujeitos a requisitos”.

“A última etapa a ser ultrapassada é aquela relativa aos fatores de eficácia, assim denominados pelo fato de serem externos ao negócio, não constituírem uma de suas partes integrantes, mas ainda assim relevantes para obtenção do resultado visado”.

“É evidente que a eficácia a que se alude é a eficácia jurídica, ou seja, aquela eficácia própria ou típica, relativa aos efeitos manifestados como queridos, e não outra qualquer”.

“De acordo com a lição de Antônio Junqueira de Azevedo, é possível fazer-se uma classificação de fatores de eficácia; em primeiro lugar, os fatores de atribuição de

eficácia em geral, sem os quais o negócio não produz efeito algum; em seguida, os fatores de eficácia diretamente visada, ou seja, aqueles indispensáveis para que um negócio, eficaz entre as partes, produza determinados efeitos, visados pelos contratantes. Por último, os fatores de atribuição de eficácia mais extensa, consistentes em certas medidas, por exemplo, as de publicidade, em que o negócio que já é eficaz entre as partes, tenha sua eficácia ainda mais ampliada, atingindo a terceiros ou a comunidade, tornando-se eficaz erga omnes. É o que ocorre quando as partes recorrem às medidas de publicidade em geral”.

“Desta sorte, seriam nulos os negócios jurídicos celebrados com inobservância dos requisitos de validade: agente incapaz, objeto ilícito ou impossível e observância da forma, quando exigida em lei”.

“Seriam ineficazes os negócios cujos efeitos, pretendidos pelas partes, não pudessem ser obtidos devido a determinados obstáculos: aqueles postos pela ordem jurídica, os dependentes do acaso (o implemento de uma condição) ou ainda aqueles obstáculos decorrentes da inobservância de certas medidas publicitárias”.

“No que respeita as Condições Gerais de Negócios, de acordo com o disposto no Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais estipuladas em desacordo com as determinações do art. 51 e seus incisos, são ineficazes, e não nulas, porquanto a manifestação de vontade das partes não foi compatível com as regras jurídicas cogentes que delimitam a sua ação, e, havendo a incompatibilidade entre a forma e a vontade e a norma, esta tem prevalência sobre aquela, logo os efeitos pretendidos pelas partes são por ela, norma, sustados”.

Também, de suma importância o entendimento de uma das maiores doutrinadoras de nosso direito contemporâneo, a Dra. Cláudia Lima Marques^[23], que assim dispõe sobre a ineficácia de cláusulas abusivas:

“Parece-nos que a sábia e aqui denominada surpreendente tendência jurisprudencial brasileira de decretar a ineficácia de algumas cláusulas contratuais e mesmo de vínculos inteiros de consumo, com base nos arts. 46 e 54, § 4º, do CDC, segue essa tendência européia de formalidade informativa. Em outras palavras, cláusulas que estavam sob a análise do Judiciário para que se estabelecesse a sua abusividade ou não (o que levaria à nulidade absoluta imposta pelo CDC) foram consideradas ‘ineficazes’ por problemas de forma, problemas na formação do contrato, na sua elaboração pressupondo-se que o consumidor não tivera sido suficientemente informado e alertado de sua presença naqueles contratos.”

Para que possamos entender o porque da ineficácia da cláusula, temos que adentrar no plano da eficácia, nos negócios jurídicos, e nada melhor do que Pontes de Miranda, para explicar a definição de eficácia jurídica.

Discorrendo o mestre sobre a eficácia:

“Para que o ato jurídico possa valer, é preciso que o mundo jurídico, em que se lhe deu entrada, o tenha por apto a nele atuar e permanecer. É aqui que se lhe vai exigir a eficiência, quer dizer – o não ser deficiente; porque aqui é que seus efeitos se terão que irradiar (eficácia). A sua eficiência é a afirmação de que seu suporte fático não foi deficiente, - satisfaz todos os pressupostos de que fala o art. 82: “A validade do ato jurídico requer agente capaz (art. 145, I), objeto lícito e forma prescrita ou não defesa em lei (arts. 129, 130, 145)”. A regra jurídica seria mais exata se tivesse dito “objeto lícito e possível” e houvesse aludido a pressupostos materiais essenciais, além daqueles dois primeiros (capacidade e objeto). Efficere (ex, ficere) dá efficens e efficax, mas causa efficiens é que se diz, para que se deixa o nome “eficácia” à irradiação dos efeitos”.

Venosa^[24] assim define a ineficácia de um negócio jurídico:

"A ineficácia, no sentido geral, é declaração legal de que os negócios jurídicos não se amoldam aos efeitos que ordinariamente produziriam. Sem dúvida, a ineficácia, por qualquer de suas formas, tem sentido de pena, punição pelo fato de os agentes terem transgredido os requisitos legais. Essa pena ora tem interesse público a respalda-la, como nos atos ou negócios inexistentes e nulos, ora simples interesse privado, em que a lei vê o defeito de menor gravidade, como nos atos ou negócios anuláveis".

"O vocábulo ineficácia é empregado para todos os casos em que o negócio jurídico se torna passível de não produzir os efeitos regulares. Quando o negócio jurídico é declarado judicialmente defeituoso, torna-se inválido. Nesse sentido, há que se tomar o termo invalidade".

3. Seguro – Generalidades

Neste capítulo estudaremos algumas generalidades da ação de seguro, o rito utilizado, a prescrição, as possíveis defesas das seguradoras e a análise de algumas jurisprudências aplicáveis ao caso.

3.1. o rito processual da ação de seguro

O segurado, quando da negativa do pagamento de seguro obrigatório por acidente de trabalho, pode optar por três diferentes ritos, qual sejam: a ação executiva, a ação monitória e a ação de cobrança.

A primeira vem prevista pelo rol de títulos executivos que estão inseridos no artigo 585 do Código de Processo Civil, onde, de maneira expressa, em seu inciso V, insere o contrato de seguro como sendo um título executivo extrajudicial, razão pela qual pode ser requerido através da ação executiva.

Artigo 585 do Código de Processo Civil: "São títulos executivos extrajudiciais":

III – "os contratos de hipoteca, de penhor, de anticrese e de caução, bem como de seguro de vida e de acidentes pessoais de que resulte morte ou incapacidade".

Referendando o dispositivo acima referido temos inúmeras decisões judiciais, colacionando apenas uma para demonstrar a viabilidade da escolha da via executiva.

EXECUÇÃO – TÍTULO EXTRAJUDICIAL – SEGURO DE VIDA EM GRUPO – JUROS COMPENSATÓRIOS – EXCLUSÃO APÓS A IMPROCEDÊNCIA DOS EMBARGOS – PEDIDO EXPRESSO NA INICIAL DA EXECUÇÃO – NÃO COMPROVAÇÃO – ADMISSIBILIDADE – Em execução de título extrajudicial amparada em apólice de seguro de vida em grupo admissível a exclusão dos juros compensatórios após improcedência dos embargos. (2º TACSP – AI 643.474-00/6 – 9ª C. – Rel. Juiz Francisco Casconi – DOESP 09.02.2001)

O mais comum, até porque na maioria das vezes o segurado não dispõe da apólice de seguro, porque existe uma estipulante que intermedia um seguro coletivo em massa com a seguradora, é o ingresso de uma ação de cobrança pelo rito ordinário:

EMBARGOS INFRINGENTES – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO – INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL – ACIDENTE DO TRABALHO –

EQUIPARAÇÃO – LEI Nº 8.078/90 – Se a doença profissional é equiparada ao acidente do trabalho, e nenhuma exclusão de sua cobertura constou do certificado individual de seguro de vida em grupo e acidentes pessoais, devida é a indenização por acidentes pessoais, pelo que dispõe o art. 47, da Lei nº 8.078/90. Embargos acolhidos. (TAMG – EI . 0318809-4/01 – Uberlândia – 7ª C.Cív. – Rel. Juiz Nilson Reis – J. 08.08.2001).

Ainda podemos cogitar de, tendo o segurado a apólice, e esta sem força de ação executiva, ingressar-se com ação monitoria, com base no artigo 1102 a) b) e c) do Código de Processo Civil, o que é aceito pelo Judiciário, conforme se confirma com a decisão abaixo transcrita:

'CONTRATO DE SEGURO. É cabível o ajuizamento da ação monitoria calcada em contrato de seguro inadimplido, sendo possível sua impugnação em embargos, nos quais será discutida, quanto ao mérito, a ocorrência de incêndio criminosos ou não, versando acerca da exibibilidade da dívida e sua liquidez". (STJ – 3ª Turma, Resp 250.513-MG, rel. p. o ac. Min. Nancy Andrighi, j. 26.3.01, deram provimento, maioria, DJU 23.4.01, p. 160)'.)

Contudo, o pesquisador não aconselha a ação monitoria, uma vez que a prescrição da cobrança de seguro é muito exígua, o que pode confundir no momento da escolha do rito a ser seguido. Contudo, admitimos a procedência, respeitando os prazos prescricionais, das três ações acima referidas.

3.2. a prescrição

O antigo artigo 178, §6, II do Código Civil de 1916, trazia, como prescrição da ação de seguro, a anualidade, assim descrita:

"Prescreve em um ano: a ação do segurado contra o segurador e vice-versa, se o fato que a autoriza se verificar no País; contado o prazo do dia em que o interessado tiver conhecimento do mesmo fato".

Apesar de continuar o mesmo prazo prescricional, a redação do artigo referente à prescrição foi modificado no novo Código Civil, como passamos a ver:

"Art. 206. Prescreve."

"§1º. Em 1 (um) ano:

"II – a pretensão do segurado contra o segurador, ou deste contra aquele, contado o prazo:"

"a) para o segurado, no caso de seguro de responsabilidade civil, da data em que é citado para responder à ação de indenização proposta pelo terceiro prejudicado, ou da data que este indeniza, com a anuência do segurador;"

"b) quanto aos demais seguros, da ciência do fato gerador da pretensão;"

Uma parte da doutrina, aliada aos segurados, tentou, sem resultado, inserir que a prescrição do seguro deveria ser regulada pelo disposto no artigo 27 do Código de Defesa do Consumidor, que definiu, em 1990, um novo prazo para as relações onde são partes os fornecedores de produtos e serviços e consumidores:

"Prescreve em cinco anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato de produto ou de serviço prevista na Seção II deste Capítulo, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria".

Contudo a questão foi rechaçada em nossos Tribunais, ficando o prazo de um ano o de prescrição para cobrança de seguro:

SEGURO. PRESCRIÇÃO. ART. 178, § 6º, II, DO CÓDIGO CIVIL. ART. 27 do CDC. A ação de cobrança do segurado contra a seguradora para haver a cobertura contratada prescreve em um ano, segundo dispõe o art. 178, § 6º, II, do C. Civil. Inaplicável a regra do art. 27 do Código de Defesa do Consumidor por não se tratar de danos causados por parte do produto ou do serviço. Jurisprudência pacificada no STJ. Apelação desprovida.

Infelizmente o entendimento da decisão acima referendada encontra-se correto, uma vez que a seguradora não se enquadra no conceito de fornecedor de produtos e serviços, afastando, por vez, a prescrição quinquenal do CODECON.

Não fosse todos os fatos acima descritos, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 101, com base em inúmeros precedentes existentes da matéria, razão pela qual, por ora, encontra-se totalmente pacificada a matéria, que dá um certo desconforto aos segurados e grande vantagem as seguradoras. A súmula 101 do STJ dispõe que “*A ação de indenização do segurado em grupo contra a seguradora prescreve em um ano*”.

Outra questão interessante referente a matéria de cobrança de seguro é a de que o requerimento realizado na seguradora para pagamento do seguro suspende o prazo para a ação de cobrança enquanto não respondido o pedido. Tal entendimento foi consolidado na súmula 229 do Superior Tribunal de Justiça com a seguinte redação: “*O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão*”.

É de se lembrar que existem diferentes prazos de início de contagem para o requerimento do seguro, especialmente quando se trata de seguro por invalidez de acidente de trabalho e de doença ocupacional, conforme visto na circular 48 da SUSEP.

Ainda que não muito pertinente ao material coletado na presente monografia, nunca é demais mostrar que o prazo para a cobrança de seguro do beneficiário é diferenciado do segurado, sendo o daquele de 20 anos e o deste de um ano. A presente decisão abaixo, oriunda do Superior Tribunal de Justiça, elucida a questão:

SEGURO – PRESCRIÇÃO – BENEFICIÁRIA – A beneficiária de contrato de seguro tem o seu direito de crédito prescrito no prazo longo de vinte anos, pois a ela não se aplica a prescrição anual, prevista para o segurado. Precedentes. Recurso não conhecido. (STJ – RESP 294632 – RJ – 4ª T. – Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar – DJU 20.08.2001 – p. 00475)

Quanto a questão da prescrição, pacífica se encontra a matéria de que o prazo prescricional para a cobrança de seguro por parte do segurado contra o segurador é de um ano.

3.3. Do Dano Moral

Uma das questões mais controvertidas é a possibilidade da indenização por abalo moral nas negativas abusivas das seguradoras, frente ao seguro acidente de trabalho.

É justo que um segurado, que paga anos a fio o prêmio de seguro, seja, na hora que mais necessita, no momento em que perdeu sua capacidade para o trabalho, abandonado pelos grandes grupos econômicos, que, para negar um pagamento de seguro, inventa, as maiores barbaridades possíveis.

Na ótica do pesquisador, tal conduta é totalmente ilícita. Se, por exemplo, temos uma doença ocupacional que invalida o cidadão ao trabalho, que é considerada acidente de trabalho, por lei, e, na negativa de cobertura de seguro, vem à mesma referendando que não será pago o seguro por doença ocupacional por não ser acidente de trabalho, é totalmente devido uma indenização complementar por abalo extrapatrimonial.

A espera, a angústia, a humilhação, fazem parte do conceito de dano moral. Assim, uma negativa que, na Justiça, mostrou-se abusiva, contra a lei, deve ser indenizada, tanto para compensar o segurado, como para cessarem as abusividades das seguradoras.

Infelizmente, tal pensamento ainda é visto como uma forma de enriquecimento sem causa. Os Magistrados entendem, em grande parte dos julgados, que se a seguradora acusou uma negativa e a defendeu na Justiça, tinha este direito, independente de quão abusiva seja a mesma, conforme entendimento do Eminentíssimo Desembargador Clarindo Favreto, no aresto abaixo colacionado:

CONTRATOS – SEGUROS – DOENÇA PREEXISTENTE A CONTRATAÇÃO – INEXISTÊNCIA DE PROVA – DANO MORAL EM RAZÃO DA NEGATIVA DE COBERTURA – IMPOSSIBILIDADE – Não provada a omissão acerca de doença preexistente e verificada a boa-fé do contratante de seguro, não tem razão a seguradora em negar a cobertura. Compete, a seguradora, a prova cabal de que exigiu do segurado informações acerca da existência ou não de doença preexistente. Recurso provido, em parte. (TJRS – APC 70003687423 – 5ª C.Cív. – Rel. Des. Clarindo Favretto – J. 06.06.2002).

Em que pese o entendimento majoritário da nossa jurisprudência, somos do entendimento de que existe abalo extrapatrimonial na negativa abusiva da seguradora. Para confortar tal tese, temos que estudar a doutrina sobre dano moral, o que se passa a fazer.

Para o mestre Souza, dano moral é

“.. aquele de natureza não material, que atinge a personalidade, a esfera íntima, afetiva e valorativa do lesado (ou herdeiros, sucessores), abalando o sentimento e ocasionando dor emocional, saudade, depressão, mágoa, tristeza, angústia, sofrimento – pretium doloris, preço da dor”[25].

Como se pode notar, o autor refere ao dano moral as emoções afetivas e a imaterialidade da moral. Outros autores seguem esta linha, como se observa em Rizzardo, que define dano moral como aquele que, “Além do prejuízo patrimonial ou econômico, há o sofrimento psíquico ou moral, isto é, as dores, os sentimentos, a tristeza, a frustração, etc.”[26].

O Desembargador Milton dos Santos Martins, relatando a Apelação Cível nº 38.677, oriunda da 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, nos brinda com sua sabedoria ao analisar o dano moral. É de sua autoria o seguinte relato:

"Sempre atribuímos mais valores às coisas materiais do que às coisas pessoais e de espírito. Não se indenizam as ofensas pessoais, espirituais, e se indenizam os danos materiais. Quer dizer, uma bicicleta, um automóvel, tem mais valor do que a honra e a boa fama do cidadão. Não se mediria a dor, esta não tem preço, indigno até de cobrar. (...) Tem-se de começar a colocar no ápice de tudo não o patrimônio, mas os direitos fundamentais à vida, à integridade física, à honra, à boa fama, à privacidade, direitos impostergáveis da pessoa. O direito é feito para a pessoa. Não se concebe que se queira discutir ainda que hoje se indenizável ou não o chamado 'dano moral'."

Com tais doutrinas acima citadas, sendo que não representam a mínima porcentagem dos autores de discorrem sobre o tema, vemos que a angústia, o sofrimento e até mesmo a espera são passíveis de serem indenizados por dano moral, o que, salvo melhor juízo e explicação, o contrato de seguro negado abusivamente trás aos segurados, devendo, portanto, haver a indenização complementar.

4. Princípio da boa-fé nos contratos de seguro no Código Civil de 2002.

Muito se questionava a explicitação da boa-fé objetiva no diploma civilista de 1916, onde a doutrina se dividiu entre os crentes e os descrentes de que o instituto estava inserido dentro de algumas normas.

Em 1990, com o advento da Lei de Defesa do Consumidor, a boa-fé já foi utilizada em maior escala, ao atribuir entre consumidores e fornecedores de produtos e serviços suas obrigações recíprocas.

Em 2002, a Lei 10.406 veio para trazer a população normas que estabelecem a maior boa-fé em suas relações civis, e hoje, também, comerciais, visto que a parte obrigacional do Direito Empresarial foi consolidado em uma única Lei.

Para se falar em boa-fé contratual, temos que, primeiramente, diferenciarmos a boa-fé dita objetiva e a subjetiva e nada mais justo que brindarmos tal diferença com a Professora Dra. Judith Martins-Costa, em sua obra *A Boa-Fé no Direito Privado*, 1ª edição, 2ª tiragem, assim conceituando os institutos:

"A expressão 'boa-fé subjetiva' denota 'estado de consciência', ou convencimento individual de obrar [a parte] em conformidade ao direito [sendo] aplicável, em regra, ao campo dos direitos reais, especialmente em matéria possessória. Diz-se 'subjetiva' justamente porque, para a sua aplicação, deve o intérprete considerar a intenção do sujeito da relação jurídica, o seu estado psicológico ou íntima convicção. Antiética à boa-fé subjetiva está a má-fé, também vista subjetivamente como a intenção de lesar outrem".

"Já por 'boa-fé objetiva' se quer significar – segundo a conotação que adveio da interpretação conferida ao § 242 do Código Civil alemão, de larga força expansionista em outros ordenamentos, e, bem assim, daquela que lhe é atribuída nos países do common law – modelo de conduta social, arquétipo ou standart jurídico, segundo o qual 'cada pessoa deve ajustar a própria conduta a esse arquétipo, obrando como obraria um homem reto: com honestidade, lealdade, probidade'. Por este modelo objetivo de conduta levam-se em consideração os fatores concretos do caso, tais como status pessoal e cultural dos envolvidos, não se admitindo uma aplicação mecânica do standart, de tipo meramente subsuntivo".

Com esta aula de diferenciação entre boa-fé objetiva e subjetiva, podemos notar que, em muitos casos, ambas estão interligadas, como nos contratos de seguros, alvo do presente estudo.

Falando-se em boa-fé, dentre os contratos, podemos ver, claramente, que aquele em mais é explicitado tal instituto é de seguro, como bem notamos com a leitura do artigo 765:

"O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações e ele concernentes".

O artigo 766 também trás, em seu bojo, a boa-fé, por parte do segurado:

"Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Assim, somos do entendimento que a boa-fé, quer na fase pré-contratual, contratual ou ainda pós-contratual é de extrema importância para que não aja negativa das seguradoras ao pagamento do sinistro. Em não havendo boa-fé, um exemplo claro está no aresto abaixo colacionado, que está em consonância com a matéria alvo da pesquisa:

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – INDENIZAÇÃO – DOENÇA PREEXISTENTE – OMISSÃO – MÁ-FÉ CARACTERIZADA – DESCABIMENTO – Seguro de vida em grupo e acidentes pessoais. Invalidez para o trabalho decorrente de baixa de visão grave. Ceratocone. Doença preexistente não ignorada. Moléstia progressiva e de causa não precisada. Etiologia que se remonta à juventude. Sintomas manifestados já de longa data. Dois transplantes de córnea realizados por causa de seu agravamento. Astigmatismo que não só é decorrente de tal mal, mas também da intervenção cirúrgica corretiva. Catarata que no caso não teve influência decisiva no quadro de invalidez. Má-fé do segurado em omitir a existência de tal doença. Recusa da seguradora em fazer a cobertura. Ação de cobrança improcedente. Apelação improvida, com afastamento de preliminar de nulidade do processo em face de ser incontroverso o fato tido dependente de esclarecimento. (2º TACSP – Ap. c/ Rev. 596.723-00/3 – 1ª C. – Rel. Juiz Sebastião Flávio – DOESP 22.06.2001)

Por isso ressalta-se que o princípio da boa-fé negocial é essencial para a contratação do seguro, tanto por parte da seguradora quanto do segurado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia visou analisar, de forma crítica e severa, o comportamento das seguradoras frente aos seguros de acidente de trabalho e a negativa abusiva de não indenização por doença ocupacional.

Fomos ao passado, analisar a origem do contrato de seguro, sua definição, natureza jurídica e evolução legislativa no Brasil. Vimos os tipos de acidente de trabalho, inserindo a doença ocupacional como uma forma deles ocorrerem. Adentramos no capítulo alvo da monografia, vendo o seguro acidente de trabalho, a ineficácia ou a nulidade do negócio jurídico e finalmente, fizemos o último capítulo com alguns itens importantes ao entendimento da ação de cobrança de seguro. Anexamos duas jurisprudências que confortam a idéia central da monografia.

O que se depreendeu do assunto pesquisado foi o desleixo das seguradoras frente a sua gleba de segurados onde, estes, após anos de pagamento de prêmio, ficam a mercê das negativas de pagamento de indenização por cláusulas altamente abusivas contra o consumidor.

Também, tristemente, constatamos a pouca importância dada ao tema, uma vez que mesmo havendo estas abusividades, o tema é tratado sem uma indenização complementar, aqui, no caso, uma indenização por abalo extrapatrimonial, para que se cessassem este tipo de abusividade contratual.

Também, infelizmente, acompanhamos a prescrição anual da ação de seguro, um prazo que somente traz vantagens as grandes corporações, sendo que, por experiência própria do pesquisador, uma infinidade de acidentados ficam sem seus direitos indenizatórios por chegarem já com alguns dias após a complementação do ano para a busca de seus direitos.

Enfim, tentamos realizar um trabalho para reflexão, não só dos estudantes do tema, mas para todos aqueles que tiverem ao alcance a monografia, para que, pouco a pouco, comecem, a questionar melhor estas negativas inquestionáveis, e quem sabe, em algum futuro não muito distante, estas cláusulas abusivas devam ser devidamente reparadas, com os institutos que temos a mão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vera. **Acidentes do trabalho** – doutrina, jurisprudência, prática e legislação. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990.

AMORIN, Sebastião Luiz e PEDROTTI, Irineu Antônio. **Dicionário de doenças profissionais** – conceito, anotações e jurisprudência. 1. ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000.

AZEVEDO, Antônio Junqueira de. **Negócio Jurídico: Existência, Validade Eficácia**. Editora Saraiva, 4ª edição, 2002.

BARROS, Wellington Pacheco. **Contratos Estudos Sobre a Moderna Teoria Geral**. 1ª edição, Livraria do Advogado, Porto Alegre, 2004.

BITTENCOURT, Marcello Teixeira. **Manual de Seguros Privados**. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2004.

- CARRION, Valentin. **Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- COSTA, Judith Martins. **A Boa-Fé no Direito Privado**. 1ª edição, 2ª tiragem, Editora Revista dos Tribunais, São Paulo, 2000.
- DIAS, José de Aguiar. **Cláusula de não indenizar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1980.
- FERNANDES, Anníbal. **Acidentes do trabalho**. 1. ed. São Paulo: LTR, 1995.
- FILHO, Domingos Afonso Kriger. **O Contrato de Seguro no Direito Brasileiro**. 1ª edição, Editora Labor Júris, São Paulo, 2000.
- FRADERA, Vera Jacob de. **A ineficácia das cláusulas abusivas no sistema brasileiro do código de defesa do consumidor**. Revista do Consumidor, nº 43.
- GOMES, Orlando. **Contratos**. 10ª edição. Editora Forense, Rio de Janeiro, 1984.
- GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.
- HALPERIN, Isaac. **El Contrato de Seguro**. 1ª edição. Editora Argentina, Buenos Aires, 1946.
- HEMBURG, Nise. **Acidentes do trabalho – interpretação, prática e jurisprudência**. 2. ed. São Paulo: Sugestões Literárias, 1973.
- MARENSI, Voltaire. **O seguro no direito brasileiro**. 4ª edição. Porto Alegre. Editora Síntese, 1998.
- MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 4ª edição. Editora Revista dos Tribunais. São Paulo, 2002.
- MONTEIRO, Antônio Lopes. **Os aspectos legais das tenossinovites**. 1995.
- MONTEIRO, Antônio Lopes e BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva.
- NEGRÃO, Theotonio. **Código Civil e legislação civil em vigor**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- _____. **Código de Processo Civil e legislação processual em vigor**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- NERY JÚNIOR, Nelson. **Código de Processo Civil comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.
- OLIVEIRA, José de. **Acidentes do trabalho – teoria, prática e jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. São Paulo: LTR, 1998.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil**. 19. ed. V. III, Rio de Janeiro: Forense, 1998.

PONTES DE MIRANDA. **Tratado de Direito Privado**. 3. ed. V. XXIII, Rio de Janeiro: Borsoi, s.d.

REIS, Clayton. **Avaliação do dano moral**. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

RIBEIRO, Herval Pina. **A violência oculta do trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RIO, Rodrigo Pires do. **LER/DORT – ciência e lei**. Novos horizontes da saúde e do trabalho. 1. ed. Belo Horizonte: Health.

RODRIGUES, Silvio. **Direito Civil – Dos Contratos e das Declarações Unilaterais da Vontade**. 23ª edição, São Paulo: Saraiva, 1995.

SANTOS, Ricardo Bechara. **Direito de Seguro no Cotidiano**. 4ª Edição. Editora Forense. Rio de Janeiro, 2002.

SEGURANÇA e medicina do trabalho. 47. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SILVA, Wilson Melo da. **O dano moral e sua reparação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

SOUZA, Mauro César Martins de. **Responsabilidade civil decorrente do acidente do trabalho**. 1. ed. São Paulo: Agá Juris, 2000.

STOUDÉMIRE, Alan. **Fatores psicológicos afetando condições médicas**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil – Parte Geral**. Editora Jurídico Atlas. 3ª edição, São Paulo, 2003.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil – Contratos**. Editora Jurídico Atlas, 3ª edição, São Paulo, 2003.

WALD, Arnaldo. **Obrigações e contratos**. 7. ed. V. II, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

Anexo I

EMENTA: COBRANÇA - CONTRATO DE SEGURO PRIVADO - LER - ACIDENTE DE TRABALHO - DOENÇA PROFISSIONAL.

A moléstia ocupacional denominada LER, contraída em decorrência de atividade laborativa, encontra-se acobertada pelo seguro de acidentes pessoais.

As cláusulas do contrato de seguro devem ser interpretadas de forma favorável ao segurado, mormente quanto aos riscos cobertos pela seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida pelo INSS ao trabalhador, após perícia médica do instituto constatar a invalidez acidentária do mesmo, faz com que ele tenha direito à percepção do seguro de vida em grupo por invalidez parcial e permanente.

Opera-se preclusão consumativa quando uma faculdade processual já foi validamente exercida, impossível o exercício posterior da mesma.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Apelação Cível nº 304.952-1**, da Comarca de **TEÓFILO OTONI**, sendo Apelante (s): **SASSE CIA. NACIONAL DE SEGUROS GERAIS**, Apelantes Adesivas: **MARIA DE LOURDES PEREIRA RODRIGUES E OUTRA** e Apelado (a) (os) (as): **AS MESMAS**,

ACORDA, em Turma, a Quarta Câmara Civil do Tribunal de Alçada do Estado de Minas Gerais, **NEGAR PROVIMENTO A AMBOS OS RECURSOS**.

Presidiu o julgamento o Juiz **FERREIRA ESTEVES (Relator)** e dele participaram os Juízes **JARBAS LADEIRA (Revisor)** e **MARIA ELZA (Vogal)**.

O voto proferido pelo Juiz Relator foi acompanhado na íntegra pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Produziu sustentação oral, pelas apelantes adesivas, o Dr. Ismar Marques.

Belo Horizonte, 16 de agosto de 2000.

JUIZ FERREIRA ESTEVES

Relator

V O T O

O SR. JUIZ FERREIRA ESTEVES:

Maria de Lourdes Pereira Rodrigues e Maria Ivone Ferreira Both, em peças autônomas, propõem ação ordinária de cobrança contra Sasse Companhia Nacional de Seguros Gerais, visando receber, respectivamente, R\$214.734,00 e R\$319.928,46, referentes à indenização de dois contratos de seguro por elas realizados, a saber: Seguro de Vida em Grupo e Seguro de Vida Azul, em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente de trabalho.

O M.M. Juiz de Direito de primeiro grau houve por bem em julgar procedentes ambos os pedidos formulados, por entender tratar-se a LER de acidente de trabalho, e não doença profissional, conforme alegado pela ré.

Interpõe a requerida o presente recurso, sustentando que a moléstia ocupacional denominada LER não se encontra inserida no conceito de acidente pessoal, e que, em se tratando de contrato de seguro privado, não se admite conceituação inerente à Previdência Social, devendo-se considerar exclusivamente conceituação própria daquela espécie, conforme norma da Superintendência de Seguros Privados, a qual exclui expressamente as doenças profissionais de seu raio de alcance.

Afirma que Lesões por Esforços Repetitivos são consideradas acidente de trabalho somente para fins da Lei Previdenciária, tendo significado diverso do acidente pessoal previsto nas apólices dos contratos de seguro constantes no Código Civil, sendo este definido como “evento súbito, violento, exclusivo, diretamente externo, involuntário, que por si só e independentemente de qualquer outra causa venha a gerar dano físico ao segurado”, afastados, portanto, os microtraumas comuns às lesões por esforços continuados, razão por que a aposentadoria por acidente de trabalho não enseja recebimento de indenização por seguro privado.

No tocante à invalidez, aponta que, para efeito do seguro contratado, a apólice condiciona, nos casos decorrentes de doença, dever tratar-se de invalidez permanente e total, admitindo a incapacidade parcial nos casos resultantes de acidente pessoal, estando coberta a situação de invalidez irreversível, que, no caso em tela, não restou provada pela perícia produzida, tendo-se demonstrado somente tratar-se de invalidez de caráter temporário, não se comprovando a ocorrência de acidente de trabalho, razão por que requer a reforma total da sentença recorrida.

Em contra-razões, as apeladas ressaltam a não-apresentação aos autos das apólices de seguro pela apelante, afirmando que o referido seguro foi firmado a fim de cobrir os riscos existentes no trabalho que exerciam, lembrando ainda não existir, na apólice de seguro firmada, cláusula que exclua expressamente enfermidades profissionais e que, de qualquer modo, caberia à apelante, quando da celebração do contrato, informar às apeladas acerca de possíveis restrições contratuais, não deixando para fazê-lo à hora de honrar o compromisso firmado.

Entendem que o seguro ora discutido pretende a cobertura de riscos à saúde, não importando o local da ocorrência do acidente, sendo contudo essencial que se demonstrem os efeitos do mesmo, o que pode ser constatado pela perícia trazida aos autos, bem como a aposentadoria das mesmas pelo INSS, por invalidez permanente.

Por fim, observam que a apelante não impugnou o valor do pedido inicial, tão pouco logrou provar que o valor do pedido reconhecido na r. sentença não seja o correspondente ao prêmio do seguro pretendido e que, de toda maneira, não tendo sido a apólice questionada trazida aos autos, impossível discutir-se seu conteúdo, concluindo ser inegável que durante mais de 15 anos, recebeu a apelante o pagamento das mensalidades do seguro contratado, por isso requerendo a manutenção da sentença recorrida.

Adesivamente, recorrem as autoras, pugnando pela majoração da condenação dos honorários, de 10% para 20%, justificável pelo exaustivo trabalho prestado por seus patronos.

Em contra-razões, requer a apelada adesiva o não conhecimento do presente recurso, à ausência de preparo.

Conheço dos recursos por serem próprios, tempestivos, com preparo regular.

Primeiramente, cumpre examinar a apelação principal, reconhecendo caracterizar-se a LER como acidente de trabalho, vez que advinda das condições laborativas que exerciam as apeladas, condições estas que lhes foram prejudiciais à saúde.

No tocante à conceituação definidora da espécie, tem-se por perfeitamente adaptável aos contratos privados, tornando irrelevantes as alegações da recorrente no sentido de adotarem esses contratos normas elaboradas pela Superintendência de Seguro Privado, valendo-se de conceituação específica; assim sendo, em relação à terminologia adotada, nenhum choque há entre os conceitos adotados; quanto às condições para cumprimento do pactuado, possíveis restrições de cobertura não eximem a seguradora de pagar indenização ao segurado, salvo se houver prova de que este, ao celebrar o contrato de seguro, tinha pleno conhecimento de todas as cláusulas restritivas e informações complementares do contrato pactuado, a elas aderindo livre e espontaneamente, conforme entendimento:

“As ambigüidades advindas de redação em contrato de seguro devem ser interpretadas para beneficiar o segurado, mormente quando atinentes aos riscos cobertos pela seguradora.” (TAMG – Ap. Cível 290.099-5 -Rel. Juiz Dorival G. Pereira - 3ª Câm. Civ., j. 24.11.99)

In casu, o diagnóstico da moléstia ocupacional LER e da invalidez dela decorrente tem por prova mais contundente a própria concessão de aposentadoria por invalidez pelo INSS, f. 9 TA, vol. 1 do apenso, derivando de acidente de trabalho resultante de microtraumas sucessivos, ocorridos em momentos diversos ao longo da relação de trabalho, não havendo de cogitar-se que acidente de trabalho seja somente aquele sofrido de forma abrupta e inesperada estando, desse modo, a incapacidade ora questionada, acobertada pelo seguro contratado para cobrir invalidez parcial permanente decorrente de acidente pessoal.

A segurada foi aposentada por invalidez após perícia pelo serviço médico do INSS que concluiu pela incapacidade para o trabalho.

Nos termos do art. 41, *caput*, do Decreto n. 2.172 que aprova o Regulamento da Previdência Social:

“A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida a carência exigida, quando for o caso, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nessa condição”.

Dispõe o mencionado diploma legal que se o aposentado por invalidez retornar voluntariamente à atividade, terá sua aposentadoria automaticamente cancelada.

Verifica-se, pois, o impedimento legal ao aposentado do retorno às atividades.

Irineu Antônio Pedrotti, em Acidentes de Trabalho Comentários, conclui:

“A incapacidade que impede o segurado de exercer suas atividades profissionais pode decorrer de acidente do trabalho típico, ou de doença profissional ou do trabalho. Pode ser incapacidade física ou material.

Para a concessão da aposentadoria por invalidez acidentária será preciso comprovar a incapacidade de reabilitação para o exercício do trabalho e o nexó etiológico ou causal.

A aposentadoria por invalidez será devida ao acidentado que, estando ou não em gozo de auxílio doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício etiológico causal (2^a. ed., São Paulo, Leud, 1992, p. 192).

A aposentadoria por invalidez concedida ao trabalhador, após o auxílio-doença, só se perfaz por perícia médica do INSS, após constatar que a invalidez é permanente.

Assim, não se pode considerar o aposentado por invalidez permanente não inválido para efeitos do recebimento de cobertura de seguro de vida em grupo, para o caso de invalidez total e permanente. A totalidade aqui importa, também, em impedimento da segurada para exercer atividade remunerada, sob pena de perda dos benefícios da aposentadoria.

Ademais, quando da perícia realizada nestes autos, concluiu o perito que se encontra a autora impossibilitada de exercer suas atividades em decorrência do acidente sofrido, considerando o momento atual e as circunstâncias de sua profissão e das prevenções para o caso como também do quadro patológico em atividade (fls. 243 vol. 2).

Este eg. Tribunal, no julgamento da Apelação Cível n. 275.987-7, desta 4^a Câmara Cível, Relatora Juíza Maria Elza, decidiu:

“Por definição legal, a tenossinovite é considerada acidente do trabalho e, por consequência, antes de ser acidente do trabalho é também acidente pessoal, porque recai sobre a própria pessoa que, em determinado momento, esteja exercendo atividade laborativa. Sendo assim, o contrato de seguro que prevê o pagamento de indenização a título de invalidez causada por acidentes pessoais não pode eximir a companhia seguradora do cumprimento da obrigação contraída sob a alegação de se tratar de acidente não coberto, desde que comprovada a condição de parcialmente inválido do segurado (Precedente do STJ: REsp 196.302).

Certo, portanto, que as apeladas sofreram lesões sucessivas em razão da atividade laboral diária que as afetou de forma involuntária e independente de quaisquer outros fatos, causando invalidez permanente para o desempenho das atribuições próprias do cargo que ocupavam.

Trago, por oportuno, o entendimento:

“AÇÃO ORDINÁRIA DE CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO - SEGURO DE VIDA EM GRUPO - ACIDENTE PESSOAL - LESÃO INCAPACITANTE - APOSENTADORIA - INDENIZAÇÃO DEVIDA.

A tenossinovite (LER) contraída em decorrência da atividade laborativa, ensejando a inabilitação parcialmente para o trabalho, encontra-se acobertada pelo seguro de acidentes pessoais, sendo inquestionável o direito do segurado de receber a indenização conforme consta das apólices.

A constatação da moléstia pelos peritos do INSS, ensejadora da aposentadoria por invalidez, é suficiente para assegurar o direito do trabalhador ao recebimento da indenização” (TAMG - Apelação Cível 267.693-5 - Rel. Juiz Wander Marotta - 3ª Câ. Cível j. 25.11.98)

Com estas considerações, nego provimento ao recurso principal.

O SR. JUIZ JARBAS LADEIRA:

Diante da extensa e irrefutável fundamentação exposta no voto do douto Relator, ponho-me de acordo com o mesmo para também negar provimento ao apelo principal.

A SRA. JUÍZA MARIA ELZA:

Com o Relator.

O SR. JUIZ FERREIRA ESTEVES:

Adesivamente apelam as autoras, requerendo a majoração do percentual arbitrado a título de honorários, em razão do exaustivo trabalho exigido de seus patronos.

Contra-arrazoando, vem a ré, ora apelada, requerer o não conhecimento do presente recurso, entendendo ser o mesmo deserto devido a ausência de preparo.

Deve-se observar que a ré apresentou duas contra-razões à apelação adesiva, interpondo a segunda peça quando já se utilizara validamente de tal possibilidade pela anterior interposição de contra-razões em tempo e modo próprios, operando-se assim preclusão consumativa, valendo citar:

“Preclusão consumativa dá-se quando uma determinada faculdade processual já foi proveitosamente exercida, no momento adequado, tornando-se impossível o exercício posterior da mesma faculdade de que o interessado já se valeu” (Curso de Processo Civil – Ovídio A B da Silva. Curso de Processo Civil - vol. 1, 5ª ed. São Paulo, RT, p. 209)

Razão por que é de se conhecer somente da primeira peça interposta, afastando, porém a preliminar de deserção do recurso, posto estarem as apelantes adesivas sob o pálio da justiça gratuita.

Quanto ao recurso aviado pelas apelantes adesivas, de se afirmar que os honorários foram fixados segundo parâmetros estabelecidos no disposto no art. 20, § 3º, do CPC.

Não se discute o zelo profissional com que obrou o patrono das apelantes, sendo justo o percentual arbitrado, o qual, convertido em moeda corrente, representa valor significativo, compatível com o trabalho prestado.

Com estes fundamentos, nego provimento ao recurso adesivo.

Custas, pelas apelantes, na forma da Lei n. 1.060/50.

O SR. JUIZ JARBAS LADEIRA:

Também nego provimento ao apelo adesivo ao entendimento de que a fixação feita na sentença não merece qualquer reparo.

A SRA. JUÍZA MARIA ELZA:

Com o Relator.

Anexo II

Ementa: Embargos infringentes - Ação de cobrança - Seguro - Invalidez permanente por doença profissional - Acidente do trabalho – Equiparação - Lei nº 8.078/90.

Se a doença profissional é equiparada ao acidente do trabalho, e nenhuma exclusão de sua cobertura constou do certificado individual de seguro de vida em grupo e acidentes pessoais, devida é a indenização por acidentes pessoais, pelo que dispõe o art. 47, da Lei nº 8.078/90.

Embargos acolhidos.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Embargos Infringentes na Apelação Cível Nº 318.809-4/01** da Comarca de **UBERLÂNDIA**, sendo Embargante (s): **SÔNIA GUEDES LIMA** e Embargado (a) (s): **SUL AMÉRICA CIA. NACIONAL DE SEGUROS**,

ACORDA a Sétima Câmara Cível do Tribunal de Alçada do Estado de Minas Gerais, **DAR PROVIMENTO**.

Presidiu o julgamento o Juiz **ANTÔNIO CARLOS CRUVINEL (Revisor)** e dele participaram os Juízes **NILSON REIS (Relator)**, **QUINTINO DO PRADO (1º Vogal)**, **FERNANDO BRÁULIO (2º Vogal)** e **GERALDO AUGUSTO (3º Vogal)**.

Produziu sustentação oral pela embargante, o Dr. Marcus Vinícius Pereira de Castro.

Belo Horizonte, 08 de agosto de 2001.

JUIZ NILSON REIS

Relator

JUIZ ANTÔNIO CARLOS CRUVINEL

Revisor

JUIZ QUINTINO DO PRADO

1º Vogal

JUIZ FERNANDO BRÁULIO

2º Vogal

JUIZ GERALDO AUGUSTO

3º Vogal

V O T O S

O SR. JUIZ NILSON REIS:

Conheço do recurso, presentes os requisitos de sua admissibilidade.

Cuidam os autos de embargos infringentes (f. 177-184,TA), interpostos por Sônia Guedes Lima em face de Sul América Cia. Nacional de Seguros.

Inconformada com o acórdão de f. 167-175, TA, no qual a Turma Julgadora, por maioria de votos, achou por bem dar provimento ao apelo, vencido o Juiz Vogal, vem a apelada interpor os presentes embargos infringentes, pretendendo a modificação do julgado, com a prevalência do voto minoritário.

Resposta da embargada às f. 190-196,TA, batendo-se pela manutenção do acórdão hostilizado.

Sustenta a embargante, em síntese, que teria contratado seguro de vida em grupo, e tendo sido acometida de tenossinovite durante o pacto laboral, faz jus ao recebimento de indenização por invalidez permanente.

Impugnando, afirma a embargada que o plano de seguro contemplado apenas prevê a cobertura aos riscos decorrentes de acidentes pessoais(Apólice n.º 81035), e como a embargante foi acometida de doença funcional denominada tenossinovite MSE, Grau III, causada por esforço repetitivo no desempenho da atividade profissional como digitadora, não teria sofrido acidente pessoal nos termos da cobertura contratada.

Segundo os votos majoritários, proferidos pelos eminentes Juízes Quintino do Prado (Relator) e Fernando Bráulio (Revisor), o seguro firmado pela embargante exclui expressamente a cobertura da invalidez permanente por doença. A tese do voto minoritário proferido pelo eminente Juiz Geraldo Augusto, Vogal, é no sentido de que não há como diferenciar invalidez por acidente no trabalho com invalidez por doença do trabalho, com suas conseqüências, para fins de percepção do seguro de vida ou de acidentes pessoais, enquadrando-se, pois, toda e qualquer doença profissional/acidente do trabalho, com seqüela de invalidez permanente comprovada, na hipótese de contrato de seguro de invalidez decorrente de acidente pessoal.

Assim relatados, passo a decidir.

Há, nos autos, prova irrefutável de que a embargante encontra-se incapacitada para o trabalho, e, por esse motivo foi aposentada pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (f. 12,TA).

A prova pericial (f. 94-97,TA), conforme observou o eminente Juiz Geraldo Augusto, é frágil e não convincente para modificar as conclusões dos laudos oficiais e procedimentos do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, notadamente pela seqüência de avaliações a que está sujeito o segurado, na averiguação de seu quadro clínico, antes da concessão do benefício previdenciário.

No CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO VIDA EM GRUPO (APÓLICE Nº 26.035) E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (APÓLICE Nº 81.035) de f. 9, TA, consta a seguinte observação: **“O seguro de acidentes pessoais não dá cobertura em caso de morte natural e invalidez permanente por doença”**. No entanto, como a doença profissional da embargante é equiparada ao acidente do trabalho, e nenhuma exclusão com relação à esta cobertura constou do certificado de f. 9,TA, devida é a indenização por Acidentes Pessoais, pelo que dispõe o art. 47, da Lei n.º 8.078/90.

Diz o artigo em comento, *literis*:

“Art. 47 – As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.”

Vê-se no comentário ao referido artigo, na obra Código Brasileiro de Defesa do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto, 5ª ed, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1998, p. 388-389:

“O princípio da isonomia tem sido entendido, modernamente, como tendo aplicação consequencial de igualdade substancial real, e não apenas formal. Isso se traduz, na prática, com a consideração de que isonomia quer significar tratar desigualmente os desiguais na exata medida de suas desigualdades.

O art. 4º, nº I, do CDC traz como princípio o reconhecimento de que o consumidor é a parte mais fraca na relação jurídica de consumo. Não o fez de modo arbitrário, mas atendendo recomendação da Resolução da Assembléia Geral das Organizações das Nações Unidas, de 09 de abril de 1985, e da doutrina. Com isso vê-se que o Código, ao dar tratamento diferenciado aos sujeitos da relação de consumo, conferindo maiores prerrogativas ao consumidor, nada mais fez do que aplicar e obedecer o princípio constitucional da isonomia, tratando desigualmente partes desiguais.

Com medida de notável avanço, a norma determina que a interpretação do contrato como um todo se faça de modo mais favorável ao consumidor. Não apenas das cláusulas obscuras ou ambíguas, como sugerido pelo art. 423, do Projeto de Código Civil nº 634-B, de 1975, que, aliás, limita essa prerrogativa ao aderente, nos contratos de adesão.

Os princípios da teoria da interpretação contratual se aplicam aos contratos de consumo, com a ressalva do maior favor ao consumidor, por ser a parte débil da relação de consumo. (...); sempre que possível interpreta-se o contrato de consumo de modo a fazer com que suas cláusulas tenham aplicação, extraíndo-se delas um máximo de utilidade (princípio da conservação)”

Aliás, nesse sentido já decidiu este egrégio Tribunal, quando do julgamento da Apelação Cível nº 321.638-0, por sua Quarta Câmara Cível, relatada pelo eminente Juiz Ferreira Esteves:

“EMENTA: EXECUÇÃO - EMBARGOS - CONTRATO DE SEGURO PRIVADO - ACIDENTE PROFISSIONAL - LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO - ACIDENTE DE TRABALHO - APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PELO INSS - INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (LEI N.º 8.078/90). INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. O contrato de seguro deve ser cumprido pelo que nele está estabelecido. Em caso de lacuna, deve ser interpretado de maneira mais favorável ao consumidor. A doença LER é tida como acidente de trabalho, podendo ser enquadrada como acidente pessoal, para fins de recebimento da indenização securitária, quando não excluída expressamente da cobertura”.

No mesmo sentido, foi julgada a Apelação Cível nº 257.765-3, pela Sexta Câmara Cível deste egrégio Tribunal, relatada pelo eminente Juiz Paulo César Dias:

“Ementa: Indenização - Acidente do Trabalho - Doença Profissional - Tenossinovite - LER - Perícia - Incapacidade Permanente - Aposentadoria por Invalidez - Seguro - Cláusula Contratual. A seguradora apenas se exime de pagar a indenização ao segurado se provar que este, ao celebrar o contrato de seguro, tinha pleno conhecimento de todas as cláusulas restritivas e complementares do seguro em grupo, a elas aderindo livre e espontaneamente. Havendo na apólice de seguro cláusulas prevendo que, no caso de invalidez permanente, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez, a seguradora pagará uma indenização de acordo com a tabela, não pode ser aceita recusa da parte desta em pagar o que foi contratado, ao argumento de que existem cláusulas e condições gerais que excluem o pagamento em casos de doença ocupacional oriunda de acidente do trabalho. No caso de diagnóstico da moléstia ocupacional denominada LER resultante de microtraumas sucessivos que ocorreram em épocas diversas, no curso da relação de trabalho, fica caracterizado o acidente pessoal justificando o pagamento da indenização ao segurado. A invalidez deve ser aferida no contexto real, tomando-se como base o laudo do perito oficial nomeado pelo juiz. Se a perícia fala minimização da doença, mas afirma a existência de seqüelas que se manifestam por processo inflamatório dos tendões, edemas, evidente redução funcional de membro, dores generalizadas nas articulações e nos tendões, perda de força muscular, aliados ao fato de o INSS ter aposentado o segurado por invalidez permanente, a incapacidade também deve ser considerada permanente para efeito de recebimento da indenização do seguro privado”.

O colendo Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial nº 242.104-SP, relatado pelo Min. Ruy Rosado de Aguiar, também decidiu:

“ACIDENTE DO TRABALHO. Seguro. Tenossinovite. Microtraumas. O esforço repetitivo pode provocar microtraumas, que se incluem no conceito de acidente do trabalho, pois a subitaneidade não é seu elemento essencial”.

Assim sendo, com redobrada vênia aos eminentes juízes prolores dos votos majoritários, estou acompanhando a tese do voto minoritário, pelo que dou provimento aos embargos infringentes.

Custas recursais, pela embargada.

O SR. JUIZ ANTÔNIO CARLOS CRUVINEL:

Acompanho o eminente Juiz Relator, com a afirmação de que a apólice prevê a cobertura para acidentes pessoais, ocorridos evidentemente no exercício da atividade laborativa.

Sendo a LER uma doença previsível no exercício da atividade laborativa, ela é um acidente pessoal que ocorreu no exercício desta atividade.

Com estes adminículos, pedindo vênia ao eminente Juiz Relator para integrá-los ao voto de S. Exa., também estou a **DAR PROVIMENTO** aos Embargos Infringentes.

O SR. JUIZ QUINTINO DO PRADO:

Fui Relator na apelação, após exame do bem elaborado voto do eminente Juiz Relator desses Embargos, me convenci do seu acerto e revendo minha posição anteriormente defendida, ponho-me de acordo para **DAR PROVIMENTO** aos embargos.

O SR. JUIZ FERNANDO BRÁULIO:

Sr. Presidente, chamou-me a atenção um trecho do voto do eminente Juiz Relator em que, baseado no voto vencido de autoria do não menos eminente Juiz Geraldo Augusto, sustenta que “não há como diferenciar invalidez por acidente do trabalho com invalidez por doença do trabalho, com suas conseqüências, para fim de percepção do seguro de vida ou de acidentes pessoais, enquadrando-se, pois, toda e qualquer doença profissional ou acidente do trabalho, com seqüela de invalidez permanente comprovada na hipótese de contrato de seguro de invalidez decorrente de acidente pessoal”.

Destarte, revejo a posição anteriormente assumida no julgamento da apelação e **ACOLHO OS EMBARGOS.**

O SR. JUIZ GERALDO AUGUSTO:

Também estou **DANDO PROVIMENTO** aos embargos, na esteira do voto do eminente Juiz Relator.

Anexo III

Código Civil

Lei 10.406/2002

CAPÍTULO XV

DO SEGURO

Seção I

Disposições Gerais

Art. 757. 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.

Parágrafo único. Somente pode ser parte, no contrato de seguro, como segurador, entidade para tal fim legalmente autorizada.

Art. 758. O contrato de seguro prova-se com a exibição da apólice ou do bilhete do seguro, e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio.

Art. 759. A emissão da apólice deverá ser precedida de proposta escrita com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco.

Art. 760. A apólice ou o bilhete de seguro serão nominativos, à ordem ou ao portador, e mencionarão os riscos assumidos, o início e o fim de sua validade, o limite da garantia e o prêmio devido, e, quando for o caso, o nome do segurado e o do beneficiário.

Parágrafo único. No seguro de pessoas, a apólice ou o bilhete não podem ser ao portador.

Art. 761. Quando o risco for assumido em co-seguro, a apólice indicará o segurador que administrará o contrato e representará os demais, para todos os seus efeitos.

Art. 762. Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro.

Art. 763. Não terá direito a indenização o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação.

Art. 764. Salvo disposição especial, o fato de se não ter verificado o risco, em previsão do qual se faz o seguro, não exime o segurado de pagar o prêmio.

Art. 765. O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.

Art. 767. No seguro à conta de outrem, o segurador pode opor ao segurado quaisquer defesas que tenha contra o estipulante, por descumprimento das normas de conclusão do contrato, ou de pagamento do prêmio.

Art. 768. O segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

Art. 769. O segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.

§ 1º O segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.

§ 2º A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo segurador a diferença do prêmio.

Art. 770. Salvo disposição em contrário, a diminuição do risco no curso do contrato não acarreta a redução do prêmio estipulado; mas, se a redução do risco for considerável, o segurado poderá exigir a revisão do prêmio, ou a resolução do contrato.

Art. 771. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro ao segurador, logo que o saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

Parágrafo único. Correm à conta do segurador, até o limite fixado no contrato, as despesas de salvamento conseqüente ao sinistro.

Art. 772. A mora do segurador em pagar o sinistro obriga à atualização monetária da indenização devida segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, sem prejuízo dos juros moratórios.

Art. 773. O segurador que, ao tempo do contrato, sabe estar passado o risco de que o segurado se pretende cobrir, e, não obstante, expede a apólice, pagará em dobro o prêmio estipulado.

Art. 774. A recondução tácita do contrato pelo mesmo prazo, mediante expressa cláusula contratual, não poderá operar mais de uma vez.

Art. 775. Os agentes autorizados do segurador presumem-se seus representantes para todos os atos relativos aos contratos que agenciarem.

Art. 776. O segurador é obrigado a pagar em dinheiro o prejuízo resultante do risco assumido, salvo se convencionada a reposição da coisa.

Art. 777. O disposto no presente Capítulo aplica-se, no que couber, aos seguros regidos por leis próprias.

Seção II

Do Seguro de Dano

Art. 778. Nos seguros de dano, a garantia prometida não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento da conclusão do contrato, sob pena do disposto no art. 766, e sem prejuízo da ação penal que no caso couber.

Art. 779. O risco do seguro compreenderá todos os prejuízos resultantes ou conseqüentes, como sejam os estragos ocasionados para evitar o sinistro, minorar o dano, ou salvar a coisa.

Art. 780. A vigência da garantia, no seguro de coisas transportadas, começa no momento em que são pelo transportador recebidas, e cessa com a sua entrega ao destinatário.

Art. 781. A indenização não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo da garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do segurador.

Art. 782. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre o mesmo interesse, e contra o mesmo risco junto a outro segurador, deve previamente comunicar sua intenção por escrito ao primeiro, indicando a soma por que pretende segurar-se, a fim de se comprovar a obediência ao disposto no art. 778.

Art. 783. Salvo disposição em contrário, o seguro de um interesse por menos do que valha acarreta a redução proporcional da indenização, no caso de sinistro parcial.

Art. 784. Não se inclui na garantia o sinistro provocado por vício intrínseco da coisa segurada, não declarado pelo segurado.

Parágrafo único. Entende-se por vício intrínseco o defeito próprio da coisa, que se não encontra normalmente em outras da mesma espécie.

Art. 785. Salvo disposição em contrário, admite-se a transferência do contrato a terceiro com a alienação ou cessão do interesse segurado.

§ 1º Se o instrumento contratual é nominativo, a transferência só produz efeitos em relação ao segurador mediante aviso escrito assinado pelo cedente e pelo cessionário.

§ 2º A apólice ou o bilhete à ordem só se transfere por endosso em preto, datado e assinado pelo endossante e pelo endossatário.

Art. 786. Paga a indenização, o segurador sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competirem ao segurado contra o autor do dano.

§ 1º Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o dano foi causado pelo cônjuge do segurado, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos ou afins.

§ 2º É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere este artigo.

Art. 787. No seguro de responsabilidade civil, o segurador garante o pagamento de perdas e danos devidos pelo segurado a terceiro.

§ 1º Tão logo saiba o segurado das conseqüências de ato seu, suscetível de lhe acarretar a responsabilidade incluída na garantia, comunicará o fato ao segurador.

§ 2º É defeso ao segurado reconhecer sua responsabilidade ou confessar a ação, bem como transigir com o terceiro prejudicado, ou indenizá-lo diretamente, sem anuência expressa do segurador.

§ 3º Intentada a ação contra o segurado, dará este ciência da lide ao segurador.

§ 4º Subsistirá a responsabilidade do segurado perante o terceiro, se o segurador for insolvente.

Art. 788. Nos seguros de responsabilidade legalmente obrigatórios, a indenização por sinistro será paga pelo segurador diretamente ao terceiro prejudicado.

Parágrafo único. Demandado em ação direta pela vítima do dano, o segurador não poderá opor a exceção de contrato não cumprido pelo segurado, sem promover a citação deste para integrar o contraditório.

Seção III

Do Seguro de Pessoa

Art. 789. Nos seguros de pessoas, o capital segurado é livremente estipulado pelo proponente, que pode contratar mais de um seguro sobre o mesmo interesse, com o mesmo ou diversos seguradores.

Art. 790. No seguro sobre a vida de outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida do segurado.

Parágrafo único. Até prova em contrário, presume-se o interesse, quando o segurado é cônjuge, ascendente ou descendente do proponente.

Art. 791. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Parágrafo único. O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Art. 793. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

Art. 794. No seguro de vida ou de acidentes pessoais para o caso de morte, o capital estipulado não está sujeito às dívidas do segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

Art. 795. É nula, no seguro de pessoa, qualquer transação para pagamento reduzido do capital segurado.

Art. 796. O prêmio, no seguro de vida, será conveniado por prazo limitado, ou por toda a vida do segurado.

Parágrafo único. Em qualquer hipótese, no seguro individual, o segurador não terá ação para cobrar o prêmio vencido, cuja falta de pagamento, nos prazos previstos, acarretará, conforme se estipular, a resolução do contrato, com a restituição da reserva já formada, ou a redução do capital garantido proporcionalmente ao prêmio pago.

Art. 797. No seguro de vida para o caso de morte, é lícito estipular-se um prazo de carência, durante o qual o segurador não responde pela ocorrência do sinistro.

Parágrafo único. No caso deste artigo o segurador é obrigado a devolver ao beneficiário o montante da reserva técnica já formada.

Art. 798. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente.

Parágrafo único. Ressalvada a hipótese prevista neste artigo, é nula a cláusula contratual que exclui o pagamento do capital por suicídio do segurado.

Art. 799. O segurador não pode eximir-se ao pagamento do seguro, ainda que da apólice conste a restrição, se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Art. 800. Nos seguros de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

Art. 801. O seguro de pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule.

§ 1º O estipulante não representa o segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

§ 2º A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo.

Art. 802. Não se compreende nas disposições desta Seção a garantia do reembolso de despesas hospitalares ou de tratamento médico, nem o custeio das despesas de luto e de funeral do segurado.

[1] FILHO, Domingos Afonso Kriger. O Contrato de Seguro no Direito Brasileiro, Editora Labor Júrís, pág. 17

[2] VENOSA, Silvio de Salvo. Direito Civil – Dos Contratos em Espécie. 3º Edição. Editora Atlas. São Paulo, 2003, Pág. 376.

[3] RODRIGUES, Sílvio. Dos Contratos e das Declarações Unilaterais de vontade. 23º edição. Editora Saraiva, 1995.

[4] GOMES, Orlando. Contratos. Editora Forense. 10ª edição, Rio de Janeiro, 1994, Pág. 462.

[5] BARROS, Wellington Pacheco. Contratos – Estudos sobre a moderna teoria geral. 1ª edição. Editora Livraria do Advogado, 2003.

[6] Bittencourt, Marcello Teixeira. Manual de Seguros Privados. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2004, pag. 1.

[7] *Ibid.* pág. 3.

[8] *Ibid.* pág. 164.

[9] *Ibid.* pág. 377.

[10] OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. São Paulo: LTR, 1998. p. 189-190.

[11] MONTEIRO, Antônio Lopes e BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva.

[12] SOUZA, Mauro César Martins de. *Op. cit.*, p. 50-51.

[13] OLIVEIRA, José de. **Acidentes do trabalho** – teoria, prática e jurisprudência. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 1-3.

[14] *Ibid.*, mesma página.

[15] MONTEIRO, Antônio Lopes e BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. *Op. cit.*, p. 12.

[16] OLIVEIRA, José de. *Op. cit.*, p. 7.

[17] AMORIN, Sebastião Luiz e PEDROTTI, Irineu Antônio. *Op. cit.*, p. 170.

[18] *Ibid.*, p. 71.

[19] *Ibid.*, p. 144.

[20] OLIVEIRA, José de. *Op. cit.*, p. 2.

[21] *Ibid.*, mesma página.

[22] Revista de Direito do Consumidor, nº 43, pág. 323.

[23] *In Contratos no Código de Defesa do Consumidor – 3ª ed. – Ed. RT – p. 555.*

[24] Venosa, Silvio de Salvo. Direito Civil, Editora Jurídico Atlas, 3ª edição, pág. 570.

[25] SOUZA, Mauro César Martins de. *Op. cit.*, p. 156.

[26] RIZZARDO, Arnaldo. **A reparação nos acidentes de trânsito**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997. p. 32.