

ESPÉCIES DE CONTRATOS - seguro

Direito Civil

Banco do Conhecimento /Jurisprudência /Informativos de Jurisprudência dos Tribunais Superiores – S T J

ÍNDICE

1. Carta de Crédito para Financiamento Imobiliário. Legitimidade do Espólio.
2. Cláusula Abusiva. Não Observância do Dever de Informar.
3. Cláusula limitativa. Cobertura. Seguro. Validade.
4. Complementação Securitária. Cirurgia de Redução do Estômago.
5. DPVAT. Acidente anterior. Lei n. 8.441/1992.
6. DPVAT. Beneficiária única. Companheira.
7. DPVAT. Pagamento a Menor. Prescrição Trienal.
8. DPVAT. Pagamento Inferior ao Devido. Incidência de Juros de Mora a Partir dDa Citação.
9. Exceção de pré-executividade. Seguro. Invalidez. Prescrição.
10. Indenização. Corretora.
11. Indenização Securitária. Legitimidade. Segurado. Não Inclusão. Polo Passivo.
12. Necessidade de interpretação de cláusula de contrato de seguro de saúde da forma mais favorável à parte aderente
13. Pecúlio. Mora. Cancelamento.
14. Possibilidade de inclusão de dependente em contrato de seguro de saúde
15. Plano. Saúde. Dano moral. Recusa injusta.
16. Plano de saúde. Cláusula limitativa. Fornecimento. Prótese.
17. Plano de saúde coletivo.
18. Possibilidade de inclusão de dependente em contrato de seguro de saúde
19. Prescrição. Ação. Seguro. Doença incapacitante.
20. Prescrição. Revelia.
21. Prescrição da pretensão fundada em contrato de resseguro
22. Previ. Renda certa. Aposentados
23. Seguro. Previdência Privada. Pecúlio. Mora. Cancelamento.
24. QO. REsp. Seguradora. Remessa. Turma.
25. RCL. Decisão Monocrática.
26. Reclamação. Juizados Especiais Estaduais. Requisitos.
27. Regressiva. Seguradora. Prescrição. Protesto interruptivo. Termo inicial.
28. REsp. Inversão. Sucumbência. Majoração.

29. Seguro de Vida. Carta de Crédito para Financiamento Imobiliário. Legitimidade do Espólio.
30. Seguro de Vida. Complementação Securitária. Cirurgia de Redução do Estômago.
31. Seguro de Vida. Contrato por telefone. Prescrição.
32. Seguro de Vida. Pagamento a Menor. Prescrição. Termo a Quo.
33. Seguro de Vida. Policial civil. Acidente in itinere.
34. Seguro de Vida. Suicídio.
35. Seguro Garantia. Exigência. Notificação. Segurado. Suspensão . Cobertura
36. Seguro invalidez. Legitimidade passiva.
37. Veículo. Negativa. Cobertura. Cláusula Limitativa.

Carta de Crédito para Financiamento Imobiliário. Legitimidade do Espólio.

A Turma confirmou o entendimento do Tribunal de origem acerca da legitimidade do espólio para ajuizar ação de cobrança de carta de crédito decorrente de sorteio em clube imobiliário. Isso porque o crédito surgiu antes da morte do segurado, não guardando relação direta com o contrato de seguro de vida firmado entre o *de cujus* e a recorrente. Essa distinção torna-se importante porque no seguro de vida e acidentes pessoais em geral, o valor da indenização não integra o patrimônio do segurado, cujo espólio, por consequência, não tem legitimidade para a propositura de demanda relativa à sua cobrança. O direito ao seu recebimento apenas surge após o evento morte e em razão dele, configurando-se, assim, direito próprio dos beneficiários indicados. Na hipótese dos autos, contudo, o crédito não surgiu com a morte do recorrido. Ele é preexistente e adveio da contemplação no sorteio realizado pelo clube imobiliário do qual participava o falecido. Consequentemente, o referido crédito, garantido pela apólice de seguros firmada com a recorrente, integra o espólio, não se lhe aplicando as disposições do art. 794 do CC/2002. **REsp 1.233.498-PE, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 1º/12/2011.**

[Informativo STJ n. 0488 - Período: 21 de novembro a 2 de dezembro de 2011](#)
(topo)

Cláusula Abusiva. Não Observância do Dever de Informar.

A Turma decidiu que, uma vez reconhecida a falha no dever geral de informação, direito básico do consumidor previsto no art. 6º, III, do CDC, é inválida cláusula securitária que exclui da cobertura de indenização o furto simples ocorrido no estabelecimento comercial contratante. A circunstância de o risco segurado ser limitado aos casos de furto qualificado (por arrombamento ou rompimento de obstáculo) exige, de plano, o conhecimento do aderente quanto às diferenças entre uma e outra espécie – qualificado e simples – conhecimento que, em razão da vulnerabilidade do consumidor, presumidamente ele não possui, ensejando, por isso, o vício no dever de informar. A condição exigida para cobertura do sinistro – ocorrência de furto qualificado –, por si só, apresenta conceituação específica da legislação penal, para cuja conceituação o próprio meio técnico-jurídico encontra dificuldades, o que denota sua abusividade. **REsp 1.293.006-SP, Rel. Min. Massami Uyeda, julgado em 21/6/2012.**

[Informativo STJ n. 500 - Período: 18 a 29 de junho de 2012](#)
(topo)

Cláusula limitativa. Cobertura. Seguro. Validade.

Foi celebrado contrato de seguro de vida e, apenas quando da entrega do manual, enviado após a assinatura da proposta, é que foi informada ao segurado a cláusula restritiva de direito. Assim, a Turma deu provimento ao recurso por entender afrontado o art. 54, § 4º, do CDC, uma vez que a cláusula restritiva de direitos deveria ter sido informada de forma clara e precisa, no momento da contratação. É inegável que a conduta da recorrida malferiu o princípio da boa-fé contratual consignado não apenas no CDC, mas também no CC/2002. Precedente citado: REsp 485.760-RJ, DJ 1º/3/2004. **REsp 1.219.406-MG, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 15/2/2011.**

Complementação Securitária. Cirurgia de Redução do Estômago.

A discussão central do recurso reside em definir se, para fins securitários, é considerado morte natural ou morte acidental o óbito provocado por infecção generalizada decorrente de acidente durante cirurgia de gastroplastia ou bariátrica, popularmente conhecida por "cirurgia de redução de estômago". No caso, a segurada, portadora de obesidade mórbida, submeteu-se à cirurgia de gastroplastia. Durante a operação, seu baço foi lesionado, o que a fez passar por uma intervenção para retirá-lo. Após receber alta hospitalar, teve de ser novamente hospitalizada em razão de sérias complicações pós-operatórias, devido ao grave quadro de infecção generalizada. Em decorrência dessas complicações, a segurada veio a óbito vinte dias após a cirurgia. Em razão do falecimento da segurada, os beneficiários do seguro de vida pleitearam administrativamente o prêmio, recebendo a indenização da cobertura básica por morte natural. Insatisfeitos, ajuizaram ação contra a seguradora para obter a diferença da indenização por morte acidental, estimada em R\$ 33 mil. O juízo de direito acolheu o pedido, modificado pelo tribunal *a quo*, que entendeu ter ocorrido "morte natural". A Min. Relatora, inicialmente, asseverou que, ainda que o conceito de acidente pessoal encontre previsão no contrato de seguro, não se aplicam à espécie os enunciados das súmulas de número 5 e 7 do STJ. Discute-se, em realidade, a qualificação jurídica do evento que resultou na morte da segurada, caracterizando por acidente ou por fato natural o desenrolar do procedimento cirúrgico que a vitimara. A Turma entendeu que a infecção generalizada resultante de imprevista lesão no baço da paciente não se manteve na linha natural do desdobramento cirúrgico. Tal acontecimento, no contexto de procedimentos médicos da mesma natureza, representou, em realidade, evento não esperado e pouco provável; fator externo e involuntário ao ato cirúrgico de "redução de estômago", ou seja, a lesão no baço acidentalmente ocorrida durante a cirurgia. Daí por que, para quaisquer fins, inclusive securitários, a infecção causadora da morte da vítima foi provocada pela lesão acidental, o que afasta a alegação de morte natural e autoriza a complementação do prêmio por morte acidental. Diante dessa e de outras considerações, a Turma deu parcial provimento ao recurso especial para julgar procedente o pedido de complementação da cobertura securitária. **REsp 1.184.189-MS, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, julgado em 15/3/2012.**

DPVAT. Acidente anterior. Lei n. 8.441/1992.

Trata-se, na origem, de ação de cobrança ajuizada em novembro de 2002 contra empresa de seguros em razão de acidente automobilístico que vitimou o filho do recorrido em maio de 1987, sendo que não foi identificado o veículo causador do acidente. Assim, a Turma, lastreada em diversos precedentes, entendeu que, em caso de acidente causado por veículo não identificado, a indenização decorrente do seguro obrigatório (DPVAT) pode ser cobrada de qualquer seguradora integrante do consórcio que opere com o referido seguro, mesmo tendo o acidente ocorrido previamente à modificação da Lei n. 6.194/1974 pela Lei n. 8.441/1992, devendo ser aplicado o art. 3º, a, da Lei n. 6.194/1974 sem qualquer limite. Quanto à correção monetária, o termo inicial de incidência é a data do sinistro coberto pelo seguro DPVAT e, no

tocante aos juros de mora, devem incidir a partir da citação. Precedentes citados: AgRg nos EDcl no REsp 1.215.796-SP, DJe 15/4/2011; REsp 546.392-MG, DJ 12/9/2005; REsp 595.105-RJ, DJ 26/9/2005, e REsp 503.604-SP, DJ 29/9/2003. **REsp 875.876-PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 10/5/2011.**

Informativo STJ n. 0472 - Período: 09 a 13 de maio de 2011
(topo)

DPVAT. Beneficiária única. Companheira.

Na vigência da Lei n. 6.194/1974, a companheira da vítima falecida em acidente automobilístico, mostrando-se incontroversa a união estável, era a única beneficiária e detinha o direito integral à indenização referente ao seguro DPVAT, não importando a existência de outros herdeiros (art. 3º e 4º da citada lei). A novel Lei n. 11.482/2007 alterou dispositivos da Lei n. 6.194/1974 e passou a dispor que, nos acidentes posteriores a 29/12/2006, o valor da indenização deve ser dividido simultaneamente e em cotas iguais entre o cônjuge ou companheiro e os herdeiros. Precedente citado: REsp 218.508-GO, DJ 26/6/2000. **REsp 773.072-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 16/9/2010.**

Informativo STJ n. 0447 - Período: 13 a 17 de setembro de 2010
(topo)

DPVAT. Pagamento a Menor. Prescrição Trienal.

Cinge-se a questão em saber qual o prazo prescricional aplicável à pretensão de receber complementação da indenização do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT), quando paga a menor no âmbito administrativo. Os recorridos ajuizaram ação de cobrança de seguro obrigatório de danos pessoais – DPVAT a companhia de seguros, ora recorrente, objetivando a complementação do que lhes foi pago extrajudicialmente aduzindo que sua filha faleceu em virtude de acidente automobilístico, em razão do qual os recorridos pleitearam administrativamente o valor da indenização securitária fixada em lei, pagamento realizado pela recorrente em quantia inferior à devida. Sustenta a companhia de seguros que a pretensão dos recorridos está fulminada pela prescrição trienal. No caso, o acidente que vitimou a filha dos recorridos ocorreu no dia 9/9/2004, e o pagamento administrativo do seguro DPVAT, em 12/11/2004. Considerando a última data o marco interruptivo da prescrição trienal prevista no art. 206, § 3º, IX, do CC, data em que o prazo voltou a correr do início, a Turma deu provimento ao recurso da seguradora ao entender que a pretensão ao recebimento da complementação do seguro prescreveu em 12/11/2007, visto que a ação foi ajuizada somente em 20/8/2008. Assim, o prazo de prescrição para o recebimento da complementação do DPVAT é trienal (art. 206, § 3º, IX, do CC) – porque trienal também é o prazo para o recebimento da totalidade do seguro – e se inicia com o pagamento administrativo a menor, marco interruptivo da prescrição iniciada para o recebimento da totalidade da indenização securitária (art. 202, VI, do CC). **REsp 1.220.068-MG, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 6/12/2011.**

Informativo STJ n. 0489 - Período: 5 a 19 de dezembro de 2011
(topo)

DPVAT. Pagamento Inferior ao Devido. Incidência de Juros de Mora a Partir dDa Citação.

A Seção deu provimento à reclamação na qual a companhia de seguros pediu a reforma de acórdão de Turma Recursal que determinou a incidência dos juros de mora a partir da data em que foi paga a indenização inferior ao devido. O colegiado reafirmou a orientação do Tribunal de que, por se tratar de ilícito contratual, contam da citação os juros de mora decorrentes de pedido complementação da indenização do seguro obrigatório DPVAT (Súm. n. 426-STJ). **Rcl 5.272-SP, Rel. Min. Sidnei Beneti, julgada em 8/2/2012.**

Informativo STJ n. 0490 - Período: 1º a 10 de fevereiro de 2012
([topo](#))

Exceção de pré-executividade. Seguro. Invalidez. Prescrição.

Trata-se de ação de execução de seguro de vida e acidentes pessoais ajuizada na origem em razão de invalidez permanente do segurado para o trabalho. No REsp sustenta a seguradora inexistência do título porque a pretensão executória do recorrido à cobertura de uma indenização por invalidez é decorrente de doença (glaucoma) e não de acidente. Registra ainda que a pretensão do recorrido estaria prescrita por ter transcorrido mais de um ano entre a ciência da incapacidade e a propositura da ação. Consta dos autos que o juiz, em decisão monocrática, rejeitou a exceção de pré-executividade. No entanto, o tribunal *a quo*, em sede de agravo de instrumento, admitiu discutir as alegações da seguradora na referida exceção, mas negou provimento ao recurso. Para o Min. Relator, o recurso especial não pode ter êxito visto que, segundo a jurisprudência deste Superior Tribunal, a exceção de pré-executividade só pode ser utilizada quando não há necessidade de dilação probatória. Assevera, ainda, que o questionamento sobre a existência de título não dispensa a dilação probatória. Quanto à alegada prescrição, assevera o Min. Relator que, embora equivocada a forma de cálculo adotada pelo TJ, o resultado final não pode ser alterado visto que a prescrição não se consumou. Quanto à multa imposta por ocasião de embargos de declaração, como está fundamentada apenas na Constituição Federal (art. 93, IX), não cabe seu exame no STJ. Diante do exposto, a Turma negou provimento ao recurso. Precedentes citados: REsp 915.503-PR, DJ 26/11/2007; REsp 570.238-SP, DJe 17/5/2010, e REsp 1.048.456-SP, DJe 5/8/2008. **REsp 1.063.211-MG, Rel. Min. Sidnei Beneti, julgado em 19/10/2010.**

Informativo STJ n. 0452 - Período: 18 a 22 de outubro de 2010
([topo](#))

Indenização. Corretora.

A inicial, após narrar que a seguradora não honrou a cobertura securitária, pede a condenação dela e da corretora ao pagamento da indenização. Assim, não há que se falar em responsabilidade por fato do serviço e em consequente responsabilidade solidária da corretora (arts. 7º, parágrafo único, 14 e 25, § 1º, do CDC), pois o que se busca é a própria prestação contratual, o pagamento do seguro diante da ocorrência de sinistro, e não a indenização de danos causados ao consumidor porventura decorrentes de conduta culposa da corretora. Precedentes citados: REsp 149.977-RJ, DJ 29/6/1998; REsp 202.613-ES, DJ 12/6/2000, e REsp

476.472-SC, DJ 26/4/2004. **REsp 1.190.772-RJ**, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 19/10/2010.

Informativo STJ n. 0452 - Período: 18 a 22 de outubro de 2010
(topo)

Indenização Securitária. Legitimidade. Segurado. Não Inclusão. Polo Passivo.

Trata-se, originariamente, de ação de cobrança de indenização securitária e compensação por danos morais proposta pelo autor, já falecido (figura agora o espólio representado por sua inventariante), em desfavor da seguradora. Aduziu-se que o táxi do *de cujus* foi abalroado por automóvel segurado pela ré, ora recorrente. O conserto teria sido pago pela seguradora, mas, sendo o veículo de praça, também, pleiteia-se receber valor correspondente aos lucros cessantes, além de compensação por danos morais sofridos. A seguradora não contestou o pagamento do valor referente ao conserto do veículo. Aduziu em sua defesa, preliminarmente, a ilegitimidade ativa do *de cujus* e a sua ilegitimidade passiva sob o fundamento de que não poderia ser demandada diretamente pelo terceiro prejudicado, pois sua relação jurídica era estabelecida unicamente com o segurado. No mérito, impugnou a utilização do veículo como táxi, a limitação do valor segurado e a improcedência do pedido de compensação por danos morais. Na origem, a ação foi julgada parcialmente procedente, tendo sido afastadas as preliminares de ilegitimidade, para condenar a seguradora ao pagamento de lucros cessantes ao autor, além de terem sido proporcionalmente distribuídos os ônus da sucumbência e compensados os honorários advocatícios. Sobre a legitimidade da seguradora para figurar no polo passivo em ação proposta por terceiro, a Turma concluiu que a jurisprudência das duas turmas da Segunda Seção deste Superior Tribunal firmou o entendimento de que é cabível a ação direta do terceiro contra a seguradora. Assim, não obstante o contrato de seguro tenha sido celebrado apenas entre o segurado e a seguradora, dele não fazendo parte o recorrido, ele contém uma estipulação em favor de terceiro. E é em favor desse terceiro que a importância segurada será paga. Daí a possibilidade de ele requerer diretamente da seguradora o referido pagamento. O fato de o segurado não integrar o polo passivo da ação não retira da seguradora a possibilidade de demonstrar a inexistência do dever de indenizar. A interpretação do contrato de seguro dentro de uma perspectiva social autoriza e recomenda que a indenização prevista para reparar os danos causados pelo segurado a terceiro seja por esse diretamente reclamada da seguradora. A Turma, com essas e outras considerações, negou provimento ao recurso. Precedentes citados: REsp 228.840-RS, DJ 4/9/2000; REsp 294.057-DF, DJ 12/11/2001, e REsp 444.716-BA, DJ 31/5/2004. **REsp 1.245.618-RS**, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 22/11/2011.

Informativo STJ n. 0488 - Período: 21 de novembro a 2 de dezembro de 2011
(topo)

Necessidade de interpretação de cláusula de contrato de seguro de saúde da forma mais favorável à parte aderente

No caso em que o contrato de seguro de saúde preveja automática cobertura para determinadas lesões que acometam o filho de "segurada" nascido durante a vigência do pacto, deve ser garantida a referida cobertura, não apenas ao filho da "segurada titular", mas também

ao filho de “segurada dependente”. Tratando-se, nessa hipótese, de relação de consumo instrumentalizada por contrato de adesão, as cláusulas contratuais, redigidas pela própria seguradora, devem ser interpretadas da forma mais favorável à outra parte, que figura como consumidora aderente, de acordo com o que dispõe o art. 47 do CDC. Assim, deve-se entender que a expressão “segurada” abrange também a “segurada dependente”, não se restringindo à “segurada titular”. Com efeito, caso a seguradora pretendesse restringir o campo de abrangência da cláusula contratual, haveria de especificar ser esta aplicável apenas à titular do seguro contratado. **REsp 1.133.338-SP, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 2/4/2013.**

[Informativo STJ nº 520 - Período: 12 de junho de 2013](#)
([topo](#))

Pecúlio. Mora. Cancelamento.

Cuida-se de REsp para desconstituir o acórdão que negou à ora recorrente o pagamento de indenização por plano privado de pecúlio, ao fundamento de que o contrato havia sido cancelado antes do falecimento do segurado em razão do suposto inadimplemento de parcelas vencidas. Nesta instância especial, entendeu-se que o contrato de previdência privada com plano de pecúlio por morte assemelha-se ao seguro de vida, podendo também as normas aplicáveis às sociedades seguradoras estender-se, no que couber, às entidades abertas de previdência privada (art. 73 da LC n. 109/2001). Ressaltou-se que, nos contratos de seguro, o simples atraso no pagamento do prêmio não é em si bastante para a suspensão da cobertura e consequente negativa da indenização, sendo necessária a interpelação do devedor para lhe propiciar, inclusive, a purgação da mora. De modo similar, descabe negar o pagamento de pecúlio por morte sem que o devedor seja previamente interpelado para a purgação da mora. Ademais, consignou-se a incidência da teoria do adimplemento substancial, que objetiva impedir o uso desequilibrado do direito de resolução por parte do credor quando o rompimento do pacto não se ajusta às exigências de índole social ou pautadas pela boa-fé. *In casu*, embora houvesse mora de 90 dias no pagamento da mensalidade do plano, antes da ocorrência do fato gerador (morte do contratante), tentou-se a purgação, ocasião em que os valores atrasados foram pagos pelo *de cuius*, mas a ele devolvidos pela entidade de previdência privada, devido ao cancelamento administrativo do contrato ocorrido seis dias antes. Sendo assim, o inadimplemento contratual não pode ser imputado exclusivamente ao falecido, na medida em que decorreu do arbítrio injustificável da entidade de previdência e seguros (recorrida) ao não receber as parcelas em atraso antes mesmo da ocorrência do sinistro, não agindo assim com a boa-fé e cooperação recíproca que são essenciais à harmonização das relações civis. Dessarte, concluiu-se que, na espécie, torna-se incabível a negativa de pagamento do pecúlio depois de verificada a morte do contratante. Precedentes citados: REsp 316.552-SP, DJ 12/4/2004; REsp 780.324-PR, DJe 9/9/2010; REsp 734.520-MG, DJ 15/10/2007; REsp 159.661-MS, DJ 14/2/2000, e REsp 141.951-RS, DJ 18/9/2000. **REsp 877.965-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/11/2011.**

[Informativo STJ n. 0488 - Período: 21 de novembro a 2 de dezembro de 2011](#)
([topo](#))

Possibilidade de inclusão de dependente em contrato de seguro de saúde

Na hipótese de seguro de saúde contratado em momento anterior ao início da vigência da Lei 9.656/1998, caso não tenha sido garantido à titular segurada o direito de optar pela adaptação do contrato ao sistema da nova lei (art. 35, *caput*, da Lei 9.656/1998), é possível a inclusão, na qualidade de dependente, de neto, filho de uma de suas filhas originariamente indicada como dependente no referido seguro. Isso porque, nesse contexto, não se admite impor ao contratante a restrição estabelecida no § 5º do art. 35 da Lei 9.656/1998, segundo o qual a “manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros”. De fato, se não houve opção, por imperativo lógico, não se pode considerar a titular segurada como não-optante, sendo, nesse caso, inaplicável a restrição. **REsp 1.133.338-SP, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 2/4/2013.**

Informativo STJ nº 520 - Período: 12 de junho de 2013
([topo](#))

Plano. Saúde. Dano moral. Recusa injusta.

Turma, ao prosseguir o julgamento, por maioria, entendeu, entre outras questões, que dá ensejo à indenização por dano moral a injusta recusa da cobertura securitária por plano de saúde, uma vez que a conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, o qual, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em situação de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. Precedentes citados: REsp 1.067.719-CE, DJe 5/8/2010, e REsp 918.392-RN, DJe 1º/4/2008. **REsp 1.190.880-RS, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 19/5/2011.**

Informativo STJ n. 0473 - Período: 16 a 20 de maio de 2011
([topo](#))

Plano de saúde. Cláusula limitativa. Fornecimento. Prótese.

A Turma deu provimento ao recurso e restabeleceu a sentença por reconhecer que a jurisprudência entende não ter validade a limitação imposta por cláusula de plano de saúde que veda o fornecimento de prótese, quando a colocação dela for considerada providência comprovada e necessária ao sucesso de intervenção cirúrgica. No caso dos autos, apesar de o associado do plano de saúde ter sofrido acidente e ter firmado contrato desde abril de 1993, há mais de dez anos, o hospital conveniado não pôde iniciar sua cirurgia diante da negativa de autorização da seguradora ao argumento de que o contrato não previa cobertura para fornecer prótese considerada indispensável para o êxito da cirurgia de fratura de tíbia e maléolo. Para o Min. Relator, essa recusa fere o art. 51, IV, do CDC (Lei n. 8.078/1990), bem como a exigência de comportamento pautado pela boa-fé objetiva por conferir ao hipossuficiente desvantagem desproporcional. Ainda, tem a cláusula limitativa alcance bem maior daquele inicialmente imaginado pelo segurado, pois atinge, inclusive, os procedimentos cobertos pelo plano ou seguro (explica que essas últimas colocações eram vigentes antes mesmo da edição do CDC). Precedentes citados: REsp 811.867-SP, DJe 22/4/2010; REsp 735.168-RJ, DJe 26/3/2008, e

REsp 519.940-SP, DJ 1º/9/2003. **REsp 873.226-ES**, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, **julgado em 8/2/2011.**

Informativo STJ n. 0462 - Período: 07 a 11 de fevereiro de 2010
(topo)

Plano de saúde coletivo.

Trata a hipótese de saber se as recorrentes, operadoras de plano de saúde, têm a obrigação legal de oferecer à recorrida a contratação de plano de saúde individual nas mesmas condições que lhe eram oferecidas pelo plano de saúde coletivo do qual era beneficiária. O referido contrato coletivo foi celebrado entre as partes em razão do vínculo empregatício da recorrida com determinado órgão público, o qual firmou e posteriormente rescindiu o convênio que mantinha com as recorrentes. A Turma entendeu, entre outras questões, aceitar a continuidade da vinculação da recorrida a seguro-saúde coletivo que nem existe mais, mediante o recolhimento de verba simbólica, é providência que visivelmente impede a preservação do necessário equilíbrio contratual. Assim, embora, em algumas situações, o princípio da autonomia da vontade ceda lugar às disposições cogentes do CDC, não há como obrigar as recorrentes a manter um vínculo contratual que satisfaça somente os interesses da recorrida. Desse modo, por mais legítima que seja a pretensão da consumidora, que busca defender seu direito fundamental à saúde, não é possível afirmar haver direito adquirido dela à manutenção das condições previstas em contrato de seguro-saúde em grupo extinto por iniciativa do estipulante, seu empregador. Consignou-se, todavia, que a perspectiva seria completamente diferente se a recorrida estivesse pleiteando a contratação individual com o pagamento integral do prêmio e a liberação da carência. Quanto à pretensão da recorrida de realização da quimioterapia por meio da ingestão de comprimidos em sua casa, isso decorre da evolução da própria medicina e não influi na natureza do contrato de plano de saúde, cujo objetivo continua sendo conferir a seus usuários efetiva e completa assistência, dentro dos limites contratualmente e legalmente estipulados. Porém, destacou-se o fato de que todas as exceções de cobertura foram expressamente relacionadas no art. 10 da Lei n. 9.656/1998, sendo que nesse rol não se faz qualquer menção à quimioterapia realizada em regime domiciliar. Quanto aos danos morais, observou-se que a jurisprudência do STJ firmou-se em sentido contrário à tese propugnada pelo acórdão recorrido, pois o mero dissabor ocasionado pelo inadimplemento contratual não configura, em regra, ato lesivo a ensejar tais danos. No tocante a juros de mora, assinalou-se estar a decisão recorrida em consonância com o entendimento deste Superior Tribunal, contudo sua análise ficou prejudicada em razão do descabimento, na espécie, de danos morais. Diante disso, o recurso foi parcialmente conhecido e, nessa extensão, foi-lhe dado provimento. Precedentes citados: REsp 668.216-SP, DJ 2/4/2007; REsp 712.469-PR, DJ 6/3/2006; REsp 762.426-AM, DJ 24/10/2005; REsp 661.421-CE, DJ 26/9/2005; REsp 338.162-MG, DJ 18/2/2002, e EREsp 727.842-SP, DJe 20/11/2008. **REsp 1.119.370-PE**, Rel. Min. Nancy Andrighi, **julgado em 7/12/2010.**

Informativo STJ n. 0459 - Período: 06 a 10 de dezembro de 2010
(topo)

Possibilidade de inclusão de dependente em contrato de seguro de saúde

Na hipótese de seguro de saúde contratado em momento anterior ao início da vigência da Lei 9.656/1998, caso não tenha sido garantido à titular segurada o direito de optar pela adaptação do contrato ao sistema da nova lei (art. 35, *caput*, da Lei 9.656/1998), é possível a inclusão, na qualidade de dependente, de neto, filho de uma de suas filhas originariamente indicada como dependente no referido seguro. Isso porque, nesse contexto, não se admite impor ao contratante a restrição estabelecida no § 5º do art. 35 da Lei 9.656/1998, segundo o qual a “manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros”. De fato, se não houve opção, por imperativo lógico, não se pode considerar a titular segurada como não-optante, sendo, nesse caso, inaplicável a restrição. **REsp 1.133.338-SP, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 2/4/2013.**

Informativo STJ nº 520 - Período: 12 de junho de 2013

(topo)

Prescrição. Ação. Seguro. Doença incapacitante.

A seguradora, no REsp, insurge-se contra acórdão do TJ que não considerou demonstrada a prescrição do direito ao recebimento do valor de seguro por acidentes pessoais em razão de doença geradora de incapacidade total e permanente. Observa o Min. Relator que o acórdão recorrido desconsiderou o tempo transcorrido de dois meses e 24 dias entre a concessão da aposentadoria pelo INSS (16/5/2000) e a comunicação do sinistro à seguradora (10/8/2000). Assim, explica que, da data em que houve a recusa da seguradora (3/11/2000) à data da propositura da ação (24/8/2001), contam-se nove meses e 21 dias, o que, somado com dois meses e 24 dias, perfaz um ano e 15 dias, sendo que a prescrição é anual. Dessa forma, conclui que está a ação prescrita de acordo com o art. 178, § 6º, II, do CC/1916 e com a Súm. n. 101-STJ, ficando prejudicado o exame dos demais tópicos do REsp. Com esse entendimento, a Turma, por maioria, reconheceu a prescrição e extinguiu o feito sem resolução de mérito. O voto vencido do Min. Raul Araújo Filho posicionou-se contra a soma dos dois meses e 24 dias anteriores, por entender que o interesse para ajuizar a ação só ocorreu após a recusa do pagamento pela seguradora quando então passaria a fluir o prazo prescricional. Precedentes citados: AgRg no Ag 590.716-MG, DJ 18/12/2006; REsp 655.155-MG, DJ 12/9/2005; REsp 694.766-MG, DJe 24/5/2010, e AgRg no REsp 1.002.620-RS, DJe 24/5/2010. **REsp 810.115-MG, Rel. Min. Aldir Passarinho Junior, julgado em 17/6/2010.**

Informativo STJ n. 0439 - Período: 14 a 18 de junho de 2010

(topo)

Prescrição. Revelia.

Trata-se, na origem, de ação de cobrança de indenização complementar ajuizada pelo recorrido em desfavor da recorrente, tendo por objeto apólice de seguro de vida em grupo. No primeiro grau de jurisdição, a ora recorrente ofereceu contestação a destempo, razão pela qual foram aplicados os efeitos da revelia, julgando-se procedente o pedido. Na origem, negou-se

provimento à apelação interposta. O tribunal *a quo* entendeu que: a) a contestação oferecida além do tempo processualmente apropriado implica ausência do ato, cujos efeitos estão previstos em lei; b) existe vedação à parte de suscitar, na instância seguinte, algo não prequestionado oportunamente; c) a inovação da lide em fase recursal é inadmissível, sob pena de malferimento ao princípio do duplo grau de jurisdição. No REsp, a recorrente sustenta, em síntese, que a matéria concernente à prescrição é de ordem pública, razão por que pode ser conhecida a qualquer tempo e grau de jurisdição, inclusive de ofício, não estando sujeita, por conseguinte, aos efeitos da revelia; e que, a despeito de a revelia acarretar a presunção de veracidade dos fatos alegados pela parte, tal efeito não se aplica quanto à matéria de direito, que pode ser livremente apreciada pelo magistrado. Nesta instância especial, entendeu-se que, tendo o réu assumido o processo a tempo de interpor o recurso de apelação, poderia sim alegar em suas razões toda a matéria de direito que deva ser apreciada pelo juiz, entre as quais a prescrição. Registrou-se que – embora a redação do art. 219, § 5º, do CPC, então vigente, não determinasse que, em se tratando de direitos patrimoniais, o juiz se pronunciasse de ofício sobre o tema da prescrição – sendo a questão suscitada pelo revel nas razões da apelação, não poderia o tribunal estadual deixar de realizar seu enfrentamento, sob o fundamento de o réu estar inovando na lide. Registrou-se, ainda, que os efeitos da revelia incidem tão somente sobre a matéria de fato, e não sobre o direito da parte. Com esse entendimento, a Turma deu provimento ao recurso especial para cassar o acórdão recorrido, determinando o retorno dos autos ao tribunal de origem, para que seja realizado novo julgamento da apelação, com exame da preliminar de prescrição. Precedentes citados: REsp 203.963-RS, DJ 8/9/2003; REsp 3.049-PR, DJ 8/6/1992; REsp 9.961-SP, DJ 2/12/1991; REsp 792.435-RJ, DJ 22/10/2007; REsp 689.331-AL, DJ 13/3/2006; REsp 332.763-SP, DJ 24/6/2002, e REsp 252.152-MG, DJ 16/4/2001. **REsp 890.311-SP, Rel. Min. Sidnei Beneti, julgado em 12/8/2010.**

[Informativo STJ n. 0442 - Período: 09 a 13 de agosto de 2010](#)
[\(topo\)](#)

Prescrição da pretensão fundada em contrato de resseguro

Prescreve em 1 ano a pretensão de sociedade seguradora em face de ressegurador baseada em contrato de resseguro. O CC prevê que, para qualquer pretensão decorrente do contrato de seguro privado, o prazo de prescrição é de 1 ano. No STJ, há muito já se firmou jurisprudência quanto à prescrição anual da pretensão do segurado contra a seguradora. Nisso se inclui o seguro do segurador, isto é, o resseguro. A qualificação jurídica do resseguro como um contrato de seguro decorre do fato de o ressegurador obrigar-se, mediante o pagamento de um prêmio, a proteger o patrimônio da “cedente” do risco consistente na responsabilidade desta perante seu segurado, presentes, portanto, as características principais da relação securitária: interesse, risco, importância segurada e prêmio. Embora a LC 126/2007 aparentemente confunda o contrato de resseguro com a figura da cessão disciplinada no CC, é evidente que, à diferença da cessão de posição jurídica, no contrato de resseguro a assim chamada “cedente”, ou seja, a sociedade seguradora ressegurada, em regra, não se retira, mas antes permanece na relação jurídica, não havendo sub-rogação pelo cessionário nas obrigações da cedente. Nesse sentido, a maior parte da doutrina sustenta que o contrato de resseguro insere-se, de modo geral, no tipo securitário. Desde o Decreto-Lei 73/1966, o resseguro, o cosseguro e a retrocessão já eram partes integrantes da operação de seguro. Em reforço a isso, o art. 5º da LC 126/2007 manda aplicar “aos resseguradores locais, observadas as peculiaridades técnicas, contratuais, operacionais e de risco da atividade e as disposições do órgão regulador de seguros: (I) o Decreto-Lei 73, de 21 de novembro de 1966, e as demais leis aplicáveis às sociedades

seguradoras, inclusive as que se referem à intervenção e liquidação de empresas, mandato e responsabilidade de administradores; e (II) as regras estabelecidas para as sociedades seguradoras". É de se concluir que, apesar de formalmente acessório e autônomo, o resseguro é um verdadeiro contrato de seguro atípico. **REsp 1.170.057-MG, Rel. Min. Villas Bôas Cueva, julgado em 17/12/2013.**

[Informativo STJ nº 535 - Período: 12 de março de 2014](#)
([topo](#))

Previ. Renda certa. Aposentados

Conforme os autos, após três anos de superávit consecutivos, a Previ, em 2006, realizou revisão obrigatória de seu plano de benefício consoante determina o art. 20, § 2º, da LC n. 109/2001. Entre as providências adotadas para tal, concedeu benefícios especiais, entre eles a renda certa. Esse benefício previa a devolução das contribuições pessoais e patronais que excediam a 360 contribuições feitas até a data da suspensão geral, contudo apenas àqueles que contribuíram com excesso durante o período de atividade. Agora, insurgem-se em múltiplas ações (mais de mil) aqueles que contribuíram com excesso, mas em período que abrange também a inatividade. Quanto a isso, é certo que, por força do art. 18, § 1º, da referida LC, a previdência privada fechada atuante no país deve obedecer ao regime financeiro de capitalização pelo qual só fazem jus a benefícios os que contribuíram para a formação da fonte de custeio, não se cogitando de isonomia geral e indiscriminada, tal como se se tratasse de regime estatal de previdência pública (regime geral de repartição singela). Dessarte, aqueles que se aposentaram antes de contribuir 360 vezes não têm direito à devolução de excesso de contribuição, isso porque todas as contribuições que realizaram já foram computadas na fixação dos respectivos benefícios de aposentadoria, quanto mais se constatado que o hipotético excesso, se, por um lado, não lhes foi devolvido, por outro não compôs o fundo referente à renda certa. Assim, não há falar em quebra de isonomia entre ativos e inativos pela concessão do referido benefício apenas àqueles que contribuíram por mais de 360 vezes ainda em atividade nas condições previstas no art. 88, caput e § 4º, do Regulamento do Plano de Benefício 1 daquela entidade. **REsp 1.224.594-RJ, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 17/2/2011.**

[Informativo STJ n. 0463 - Período: 14 a 18 de fevereiro de 2010](#)
([topo](#))

Seguro. Previdência Privada. Pecúlio. Mora. Cancelamento.

Cuida-se de REsp para desconstituir o acórdão que negou à ora recorrente o pagamento de indenização por plano privado de pecúlio, ao fundamento de que o contrato havia sido cancelado antes do falecimento do segurado em razão do suposto inadimplemento de parcelas vencidas. Nesta instância especial, entendeu-se que o contrato de previdência privada com plano de pecúlio por morte assemelha-se ao seguro de vida, podendo também as normas aplicáveis às sociedades seguradoras estender-se, no que couber, às entidades abertas de previdência privada (art. 73 da LC n. 109/2001). Ressaltou-se que, nos contratos de seguro, o simples atraso no pagamento do prêmio não é em si bastante para a suspensão da cobertura e consequente negativa da indenização, sendo necessária a interpelação do devedor para lhe propiciar, inclusive, a purgação da mora. De modo similar, descabe negar o pagamento de

pecúlio por morte sem que o devedor seja previamente interpelado para a purgação da mora. Ademais, consignou-se a incidência da teoria do adimplemento substancial, que objetiva impedir o uso desequilibrado do direito de resolução por parte do credor quando o rompimento do pacto não se ajusta às exigências de índole social ou pautadas pela boa-fé. *In casu*, embora houvesse mora de 90 dias no pagamento da mensalidade do plano, antes da ocorrência do fato gerador (morte do contratante), tentou-se a purgação, ocasião em que os valores atrasados foram pagos pelo *de cuius*, mas a ele devolvidos pela entidade de previdência privada, devido ao cancelamento administrativo do contrato ocorrido seis dias antes. Sendo assim, o inadimplemento contratual não pode ser imputado exclusivamente ao falecido, na medida em que decorreu do arbítrio injustificável da entidade de previdência e seguros (recorrida) ao não receber as parcelas em atraso antes mesmo da ocorrência do sinistro, não agindo assim com a boa-fé e cooperação recíproca que são essenciais à harmonização das relações civis. Dessarte, concluiu-se que, na espécie, torna-se incabível a negativa de pagamento do pecúlio depois de verificada a morte do contratante. Precedentes citados: REsp 316.552-SP, DJ 12/4/2004; REsp 780.324-PR, DJe 9/9/2010; REsp 734.520-MG, DJ 15/10/2007; REsp 159.661-MS, DJ 14/2/2000, e REsp 141.951-RS, DJ 18/9/2000. **REsp 877.965-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/11/2011.**

[Informativo STJ n. 0488 - Período: 21 de novembro a 2 de dezembro de 2011](#)

[\(topo\)](#)

QO. REsp. Seguradora. Remessa. Turma.

Em questão de ordem, a Seção deliberou sobre o retorno do recurso especial à Quarta Turma para julgamento. A *quaestio* cinge-se a estabelecer o prazo prescricional das ações de sub-rogação da seguradora em contratos de transporte. **QO no REsp 705.148-PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, em 22/9/2010 (ver Informativo n. 444).**

[Informativo STJ n. 0448 - Período: 20 a 24 de setembro de 2010](#)

[\(topo\)](#)

RCL. Decisão Monocrática.

A reclamação lastreada na Resolução n. 12/2009-STJ insurgia-se contra decisões monocráticas de juiz da turma recursal do juizado especial estadual. Assim, mostra-se incabível o recurso, pois essa reclamação destina-se a dirimir divergência entre acórdão da turma recursal estadual e a jurisprudência do STJ. Precedente citado do STF: EDcl no RE 571.572-BA, DJe 14/9/2009. **AgRg na Rcl 5.598-TO, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 25/5/2011.**

[Informativo STJ n. 0474 - Período: 23 a 27 de maio de 2011](#)

[\(topo\)](#)

Reclamação. Juizados Especiais Estaduais. Requisitos.

A Seção, ao prosseguir o julgamento, deliberou, entre outras questões, limitar a admissibilidade das reclamações que chegam ao STJ contra decisões das turmas recursais dos juizados especiais estaduais àquelas que afrontam julgados em recurso repetitivo (art. 543-C do CPC e

Res. n. 8/2008-STJ) ou enunciados da Súmula deste Superior Tribunal. Ademais, consignou que a divergência deve referir-se às regras de direito material, não se admitindo a reclamação que discuta regras de direito processual civil, tendo em vista que o processo, nos juizados especiais estaduais, orienta-se pelos critérios da Lei n. 9.099/1995. Outrossim, firmou que não serão conhecidos eventuais agravos regimentais interpostos de decisões monocráticas que não conheceram dessas reclamações. **Rcl 3.812-ES, Rel. originário Min. Sidnei Beneti, Rel. para acórdão Min. Nancy Andrighi, julgada em 9/11/2011.**

[Informativo STJ n. 0487 - Período: 7 a 18 de novembro de 2011](#)
([topo](#))

Regressiva. Seguradora. Prescrição. Protesto interruptivo. Termo inicial.

A *quaestio juris* consiste em definir qual o prazo e o termo inicial da prescrição para a seguradora recorrente requerer o ressarcimento do valor da indenização pago à sociedade empresária (frigorífico) devido ao desvio de carga terrestre segurada ocorrido por culpa da transportadora. Consiste, também, em definir o momento em que ocorre a interrupção da prescrição diante da existência de protesto judicial. Observa o Min. Relator que a seguradora, ao integralmente indenizar a sua cliente, assumiu seu lugar para cobrar a transportadora, portanto sub-rogou-se nos direitos e deveres dessa nos limites da sub-rogação. Por outro lado, pelo contrato de transporte, obriga-se, mediante retribuição, a transportar pessoas ou coisas de um lugar para outro (art. 730 do CC/2002), o que, em regra, leva a aplicar o CC e o CDC e, no que não for incompatível ou se houver lacuna, aplica-se a legislação específica (art. 732 do CC/2002). Explica, entretanto, que, quando se tratar de transporte de carga, averigua-se primeiro se há relação de consumo; se houver, aplica-se a regra geral (CC, CDC e legislação especial); caso contrário, ausente a relação de consumo, afasta-se o CDC, aplicando-se as regras não revogadas do Código Comercial, as regras gerais do CC e a legislação específica. Anota que, no caso dos autos, não incidiu o CC em vigor porque os fatos ocorreram em 1994 e 1995, tampouco incidiu a Lei n. 11.442/2007. Também não incidiu o CDC, por não se cuidar de relação de consumo, visto que houve uma relação comercial entre o frigorífico e a transportadora, formalizando contrato de transporte de mercadorias devidamente seguradas a serem entregues para determinado cliente. De outro lado, não existem restrições quanto à aplicação, no caso, da legislação específica relativa ao contrato de transporte rodoviário. Assim, no que se refere à prescrição, segundo a Súm. n. 151-STF, o segurador sub-rogado tem um ano para ajuizar a ação de ressarcimento pela perda da carga extraviada contra transportadora. Também a jurisprudência do STF há muito sedimentou entendimento de que, em caso de furto ou perda da mercadoria transportada, a prescrição tem início a partir do 30º dia contado de quando a mercadoria deveria ser entregue, pois se aplica o art. 9º do Dec. n. 2.681/1912. Quanto ao momento de interrupção do lapso prescricional, já que houve ajuizamento de protesto interruptivo, a jurisprudência do STJ entende que a prescrição se interrompe pela intimação da pessoa contra quem a medida for requerida (art. 171, I e II, do CC/1916). Dessa forma, o início do termo prescricional são datas das notas fiscais referentes às cargas, ou seja, após trinta dias (11/6/1994, 21/6/1994 e 26/5/1994), sendo que houve o ajuizamento do protesto em 23/5/1995, com a intimação realizada em 2/6/1995, quando o prazo anual foi interrompido e a ação indenizatória foi ajuizada em 29/5/1996, quando ainda não estava efetivada a prescrição. Diante do exposto, a Turma deu provimento ao recurso, determinando o retorno dos autos ao TJ a fim de que julgue o mérito. Precedentes citados do STF: RE 31.922, DJ 16/11/1956, e do STJ: REsp 195.195-PR, DJ 8/4/2002; REsp 958.833-RS, DJ 25/2/2008; REsp 40.164-SP, DJ 29/9/1997, e REsp 19.295-SP, DJ 31/8/1992. **REsp 705.148-PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 5/10/2010.**

[Informativo STJ n. 0450 - Período: 04 a 08 de outubro de 2010](#)
[\(topo\)](#)

REsp. Inversão. Sucumbência. Majoração.

A Seção, em outra assentada de julgamento, deu provimento ao REsp do ora embargante e inverteu a conclusão do julgamento realizado pelo TJ. Dessarte, como consequência disso, também deve inverter o ônus da sucumbência. Assim, ao apreciar de ofício a majoração dos honorários advocatícios, diante das peculiaridades da espécie e do valor ínfimo que lhes deu o acórdão recorrido, a Seção impôs honorários no valor de R\$ 10 mil (art. 20, § 4º, do CPC). **EDcl no REsp 1.073.595-MG, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgados em 25/5/2011.**

[Informativo STJ n. 0474 - Período: 23 a 27 de maio de 2011](#)
[\(topo\)](#)

Seguro de Vida. Carta de Crédito para Financiamento Imobiliário. Legitimidade do Espólio.

A Turma confirmou o entendimento do Tribunal de origem acerca da legitimidade do espólio para ajuizar ação de cobrança de carta de crédito decorrente de sorteio em clube imobiliário. Isso porque o crédito surgiu antes da morte do segurado, não guardando relação direta com o contrato de seguro de vida firmado entre o *de cujus* e a recorrente. Essa distinção torna-se importante porque no seguro de vida e acidentes pessoais em geral, o valor da indenização não integra o patrimônio do segurado, cujo espólio, por consequência, não tem legitimidade para a propositura de demanda relativa à sua cobrança. O direito ao seu recebimento apenas surge após o evento morte e em razão dele, configurando-se, assim, direito próprio dos beneficiários indicados. Na hipótese dos autos, contudo, o crédito não surgiu com a morte do recorrido. Ele é preexistente e adveio da contemplação no sorteio realizado pelo clube imobiliário do qual participava o falecido. Consequentemente, o referido crédito, garantido pela apólice de seguros firmada com a recorrente, integra o espólio, não se lhe aplicando as disposições do art. 794 do CC/2002. **REsp 1.233.498-PE, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 1º/12/2011.**

[Informativo STJ n. 0488 - Período: 21 de novembro a 2 de dezembro de 2011](#)
[\(topo\)](#)

Seguro de Vida. Complementação Securitária. Cirurgia de Redução do Estômago.

A discussão central do recurso reside em definir se, para fins securitários, é considerado morte natural ou morte acidental o óbito provocado por infecção generalizada decorrente de acidente durante cirurgia de gastroplastia ou bariátrica, popularmente conhecida por "cirurgia de redução de estômago". No caso, a segurada, portadora de obesidade mórbida, submeteu-se à cirurgia de gastroplastia. Durante a operação, seu baço foi lesionado, o que a fez passar por uma intervenção para retirá-lo. Após receber alta hospitalar, teve de ser novamente hospitalizada em razão de sérias complicações pós-operatórias, devido ao grave quadro de infecção generalizada. Em decorrência dessas complicações, a segurada veio a óbito vinte dias após a cirurgia. Em razão do falecimento da segurada, os beneficiários do seguro de vida

pleitearam administrativamente o prêmio, recebendo a indenização da cobertura básica por morte natural. Insatisfeitos, ajuizaram ação contra a seguradora para obter a diferença da indenização por morte acidental, estimada em R\$ 33 mil. O juízo de direito acolheu o pedido, modificado pelo tribunal *a quo*, que entendeu ter ocorrido "morte natural". A Min. Relatora, inicialmente, asseverou que, ainda que o conceito de acidente pessoal encontre previsão no contrato de seguro, não se aplicam à espécie os enunciados das súmulas de número 5 e 7 do STJ. Discute-se, em realidade, a qualificação jurídica do evento que resultou na morte da segurada, caracterizando por acidente ou por fato natural o desenrolar do procedimento cirúrgico que a vitimara. A Turma entendeu que a infecção generalizada resultante de imprevista lesão no baço da paciente não se manteve na linha natural do desdobramento cirúrgico. Tal acontecimento, no contexto de procedimentos médicos da mesma natureza, representou, em realidade, evento não esperado e pouco provável; fator externo e involuntário ao ato cirúrgico de "redução de estômago", ou seja, a lesão no baço acidentalmente ocorrida durante a cirurgia. Daí por que, para quaisquer fins, inclusive securitários, a infecção causadora da morte da vítima foi provocada pela lesão acidental, o que afasta a alegação de morte natural e autoriza a complementação do prêmio por morte acidental. Diante dessa e de outras considerações, a Turma deu parcial provimento ao recurso especial para julgar procedente o pedido de complementação da cobertura securitária. **REsp 1.184.189-MS, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, julgado em 15/3/2012.**

[Informativo STJ n. 0493 - Período: 12 a 23 de março de 2012](#)
[\(topo\)](#)

Seguro de Vida. Contrato por telefone. Prescrição.

A *quaestio juris* restringe-se em determinar o termo inicial da interrupção da prescrição anual conforme disposto no art. 206, § 1º, II, **b**, CC/2002 e Súm. n. 101-STJ. Noticiam os autos que o recorrido celebrou contrato por telefone, ao receber ligação de corretor representante da companhia recorrente durante a qual lhe fora oferecido seguro de vida com ampla cobertura para os eventos morte acidental e invalidez. Efetuiu pontualmente os pagamentos relativos aos valores do prêmio mensal, os quais eram automaticamente descontados em sua conta-corrente. No entanto, quando acionou a seguradora a fim de receber o valor correspondente à indenização que lhe seria devida porque foi vítima de isquemia cerebral, o que o deixou em estado de invalidez permanente, houve a recusa ao pagamento da indenização sob a alegação de que seu seguro não previa cobertura pelo sinistro de invalidez permanente por doença. O recorrente também afirma que nunca recebeu uma via da apólice ou qualquer outro documento que pudesse ratificar a relação contratual estabelecida entre as partes, de modo que não poderia prever a extensão da cobertura do seguro. Anotou-se que, após a comunicação do sinistro e do recebimento da sucinta recusa da indenização, o recorrido efetuou solicitação de apresentação de cópia do contrato firmado com o recorrente, sendo que a seguradora quedou-se inerte por vários meses. Assim, segundo a Min. Relatora, é evidente que o recorrido não poderia comprovar sua condição de segurado sem a apresentação da apólice indevidamente retida pela recorrente, por mais que a inversão do ônus da prova, prevista no art. 6º, VIII, do CDC, pudesse beneficiá-lo. Para a Min. Relatora, é possível afirmar que, somente após o recebimento do contrato de seguro com as cláusulas utilizadas na regulação do sinistro, recomeçou a fluir o prazo suspenso com a notificação da seguradora a respeito de sua ocorrência. Portanto, assevera que não se trata de negar vigência à Súm. n. 229-STJ, mas de interpretá-la razoavelmente com o prazo prescricional a que alude o disposto nos arts. 199, I, e 206, § 1º, II, **b**, ambos do CC/2002. Observa que a seguradora reteve indevidamente a apólice

solicitada pelo segurado e sua procrastinação não poderia lhe trazer benefícios, levando o segurado de boa-fé à perda do seu direito de ação. Embora destaque que a jurisprudência do STJ seja pacífica no sentido de considerar suspenso o prazo prescricional em função da análise da comunicação do sinistro pela seguradora de acordo com a Súm. 229-STJ, no caso dos autos, a decisão recorrida entendeu que a solicitação administrativa da cópia da apólice pelo segurado teve o condão de interromper e não de suspender o lapso prescricional. Entende, também, a Min. Relatora que a diferença entre uma e outra posição, ou seja, interrupção ou suspensão, não é substancial para o julgamento, visto que, de qualquer ângulo pelo qual se analise a matéria, a consequência prática conduziria à manutenção do direito do recorrido, pois a contagem do prazo deve ser realizada a partir da data em que a seguradora atendeu à solicitação formulada pelo segurado de que lhe fosse remetida cópia da apólice que celebrou por telefone. Com esse entendimento, a Turma negou provimento ao recurso da seguradora. Precedentes citados: REsp 200.734-SP, DJ 10/5/1999; REsp 470.240-DF, DJ 18/8/2003, e REsp 782.901-SP, DJe 20/6/2008. **REsp 1.176.628-RS**, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 16/9/2010.

Informativo STJ n. 0447 - Período: 13 a 17 de setembro de 2010
([topo](#))

Seguro de Vida. Pagamento a Menor. Prescrição. Termo a Quo.

A Turma reafirmou o entendimento de que o prazo prescricional anual (art. 178, § 6º, do CC 1916) para o ajuizamento da ação de cobrança de diferença de indenização securitária tem início na data da ciência inequívoca do pagamento incompleto ou a menor. Na espécie, o falecimento do segurado ocorreu em 1964, ano em que teve início o processo de inventário. Apesar de determinado pelo juízo inventariante, em 24/11/1964, o depósito da importância devida pela empresa seguradora aos sucessores do *de cujus*, referente à indenização pelo seu seguro de vida, a ordem judicial somente foi cumprida em 22/11/2001. Constatada a insuficiência do pagamento, os herdeiros, em 9/7/2002, ajuizaram ação de cobrança para o recebimento da diferença do prêmio. Sob tal contexto, considerou o Min. Relator que, mesmo depois de decorrido longo período da ocorrência do sinistro, o depósito da importância do valor relativo à indenização securitária configura reconhecimento da existência da dívida por parte da seguradora. Assim, não estaria prescrito o direito dos herdeiros de pleitearem a complementação do seguro, pois a ação de cobrança foi proposta dentro do prazo de um ano, contado da data do pagamento a menor. Precedentes citados: REsp 882.588-SC, DJe 4/5/2011, e AgRg no Ag 1.277.705-GO, DJe 3/11/2010. **REsp 831.543-RJ**, Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira, julgado em 10/4/2012.

Informativo STJ n. 0495 - Período: 9 a 20 de abril de 2012
([topo](#))

Seguro de Vida. Policial civil. Acidente in itinere.

Trata-se de REsp em que a questão consiste em saber se é cabível a indenização securitária de policial que vem a falecer no trajeto trabalho/residência. A seguradora recorrente sustenta, em síntese, que a referida indenização decorreria de eventual sinistro quando o policial civil estivesse exclusivamente em serviço. Contudo, no julgamento do especial, ressaltou o Min. Relator que o agente policial civil, militar ou federal, pela natureza de suas atividades, está

obrigado, a todo tempo e momento, a servir à sociedade e aos cidadãos, não podendo omitir-se diante da prática de um delito, como na espécie, mesmo que se encontre fora de seu horário regular de trabalho ou mesmo no trajeto residência/trabalho, desde que, evidentemente, esteja no exercício de suas obrigações legais. Na verdade, se ele presencia um delito, é seu dever funcional, como garantidor da segurança pública nos termos do art. 144 da CF/1988, agir de modo a evitar que este se consuma ou mesmo a mitigar suas consequências. É que tais profissionais estão sujeitos, além de regime e condições especiais de trabalho, a responsabilidades peculiares. Lembrou, por oportuno, o disposto no art. 301 do CPP, pelo qual não há discricionariedade ao agente policial em sua atuação na medida em que se depara com situações aptas à consumação de qualquer espécie de delito. Em outras palavras, cuida-se de dever funcional de agir, independentemente de seu horário ou local de trabalho, ao contrário dos demais cidadãos, realizando-se seu mister ainda que fora da escala de serviço ou mesmo em trânsito, como ocorreu na hipótese, visto que o policial, filho da recorrida, faleceu, vítima de disparo de arma de fogo, quando se dirigia à sua residência para alimentar-se e, posteriormente, retornar ao seu local de trabalho para cumprir o restante de sua jornada. Assim, estando coberto pelo seguro, obriga-se a seguradora, ora recorrente, a indenizar. Observou ser certo que o seguro de vida, notadamente aquele realizado em grupo, tem suas limitações. Todavia, elas devem constar de forma expressa, clara e objetiva a fim de evitar qualquer dúvida em sua aplicação, sob pena de inversão em sua interpretação a favor do aderente, da forma que determina o art. 423 do CC/2002, decorrentes da boa-fé objetiva e da função social do contrato. No caso, como consta do próprio acórdão recorrido, a ora recorrente não demonstrou, efetivamente, a existência de cláusula contratual apta a excluir eventuais acidentes denominados *in itinere*. Diante dessas considerações, entre outras, a Turma conheceu parcialmente do recurso, mas lhe negou provimento. **REsp 1.192.609-SP, Rel. Min. Massami Uyeda, julgado em 7/10/2010.**

[Informativo STJ n. 0450 - Período: 04 a 08 de outubro de 2010](#)
[\(topo\)](#)

Seguro de Vida. Suicídio.

Trata-se de ação de cobrança de seguro de vida ajuizada por beneficiário da apólice em decorrência da morte de sua companheira provocada por suicídio ocorrido após cinco meses da contratação do seguro. A controvérsia, no REsp, consiste em examinar se o advento do art. 798 do CC/2002 (que inovou ao fixar o prazo de dois anos de vigência inicial do contrato para excluir o pagamento do seguro) importa uma presunção absoluta de suicídio premeditado desde que ocorrido no prazo estipulado no citado artigo. No sistema anterior (CC/1916), como cediço, predominava a orientação de que a exclusão da cobertura securitária somente alcançava as hipóteses de suicídio premeditado e o ônus da prova cabia à seguradora (*ex vi* Sum. n. 105-STF e Sum. n. 61-STJ). Esclarece o Min. Relator ser evidente que o motivo da norma é a prevenção de fraude contra o seguro, mas daí admitir que aquele que comete suicídio dentro do prazo previsto no CC/2002 age de forma fraudulenta, contratando o seguro com a intenção de provocar o sinistro, a seu ver, seria injusto. Isso porque a boa-fé deve ser sempre presumida enquanto a má-fé, ao contrário, necessita de prova escorreita de sua existência. Dessa forma, o fato de o suicídio ter ocorrido no período de carência previsto pelo CC/2002, por si só, não acarreta a exclusão do dever de indenizar, já que o disposto no art. 798, *caput*, do referido código não afastou a necessidade da comprovação inequívoca da premeditação do suicídio. Por outro lado, explica que a interpretação literal do citado artigo representa exegese estanque que não considera a realidade do caso frente aos preceitos de ordem pública estabelecidos pelo CDC aplicáveis obrigatoriamente na hipótese, pois se trata de

uma típica relação de consumo. Também observa o Min. Relator que há certa confusão entre a premeditação ao suicídio por ocasião da contratação com premeditação ao próprio ato. Uma coisa é a contratação causada pela premeditação ao suicídio e outra, diferente, é a preparação do ato suicida; assim, o que permite a exclusão de cobertura é a primeira hipótese, o que não se verifica no caso dos autos; visto que não há prova alguma da premeditação da segurada em matar-se, caberia então à seguradora comprová-la. Após essas considerações, entre outras, conclui o Min. Relator que, salvo comprovação da premeditação, no período de carência (dois anos), não há que se eximir o segurador do pagamento do seguro de vida. Diante do exposto, a Turma prosseguindo o julgamento, por maioria, deu provimento ao recurso. **REsp 1.077.342-MG, Rel. Min. Massami Uyeda, julgado em 22/6/2010.**

Informativo STJ n. 0440 - Período: 21 a 25 de junho de 2010
([topo](#))

Seguro Garantia. Exigência. Notificação. Segurado. Suspensão . Cobertura

A Turma entendeu que o "seguro garantia", ao contrário da generalidade dos seguros, não está adstrito ao mutualismo e à atuária. Com efeito, tendo em vista a singularidade dessa modalidade de seguro, que muito se aproxima da fiança, o tomador contrata seguro pelo qual a seguradora garante o interesse do segurado, relativo à obrigação assumida pelo tomador, não podendo, por isso, ser arguida pela seguradora a ausência de pagamento do prêmio. No caso, quanto à alegação da recorrente (seguradora) no que tange à violação do art. 12 do Dec.-lei n. 73/1966, a Segunda Seção pacificou que a correta interpretação do dispositivo é no sentido de que o atraso no pagamento do prêmio não importa em desfazimento instantâneo do seguro ou suspensão da cobertura securitária, pois é necessária a constituição em mora do contratante pela seguradora. Assim, a Turma, entre outras considerações, negou provimento ao REsp. Precedente citado: REsp. 316.552-SP, DJ 12/4/2004. **REsp 1.224.195-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 13/9/2011.**

Informativo STJ n. 0483 - Período: 12 a 23 de setembro de 2011
([topo](#))

Seguro invalidez. Legitimidade passiva.

Em ação a qual visa à cobrança de indenização securitária por invalidez movida por segurado, a empresa contratada, que firmara o seguro, alega sua ilegitimidade passiva, porquanto afirma ser apenas a estipulante do seguro de vida em grupo firmado com outra seguradora. O tribunal *a quo* manteve a condenação que julgou procedente o pedido. Sobreveio então o REsp no qual a contratada sustenta sua ilegitimidade passiva ao argumento de que o estipulante é mero mandatário dos segurados, obriga-se somente perante o segurador e, nesses casos, a denunciação da lide é obrigatória. Ressalta o Min. Relator que o acórdão recorrido consignou que o pedido de denunciação da lide deixou de ser apreciado e o recorrente, silente quanto à omissão, atraiu a preclusão da matéria. Também essa preclusão não foi abordada no REsp, daí só ter sido apreciada a alegada ilegitimidade. Observa o Min. Relator, quanto à ilegitimidade, que a jurisprudência deste Superior Tribunal tem por ilegítimo o estipulante para figurar na ação que busca o pagamento da indenização do sinistro. No entanto, explica que, no caso dos autos, o acórdão recorrido, ao analisar a proposta de participação de seguro de vida e acidentes

personais, afirma que, a despeito da informação de que outra seguradora seria a responsável pelo pagamento do prêmio, no contrato, a recorrente consta como inclusa, pois está o nome "seguro" na própria logomarca dela, o que leva a crer ser ela a verdadeira fornecedora dos serviços contratados, sendo impertinente a alegação de que seria mera estipulante. Assim, para o Min. Relator, a recorrente tem legitimidade para responder à ação, visto que não agiu como mera mandatária, mas fez, ao contrário, pressupor, com seu comportamento, que era a própria seguradora ou que pela cobertura responderia, porquanto criando a expectativa de ser a responsável pelo pagamento do seguro. Diante do exposto, a Turma conheceu parcialmente do recurso e, nessa parte, negou-lhe provimento. Precedentes citados: REsp 592.510-RO, DJ 3/4/2006, e EDcl no Ag 837.615-SC, DJe 7/5/2008. **REsp 1.041.037-DF, Rel. Min. Aldir Passarinho Junior, julgado em 2/9/2010.**

Informativo STJ n. 0445 - Período: 30 de agosto a 03 de setembro de 2010
(topo)

Veículo. Negativa. Cobertura. Cláusula Limitativa.

Trata-se de ação de cobrança de indenização securitária cumulada com pedido de indenização por danos materiais e morais contra a seguradora. Noticiou a ora recorrida ter firmado com a recorrente contrato de seguro de veículo e ter sido este roubado sem que, até a data do ajuizamento da ação, houvesse sido recuperado. Aduziu que a seguradora negou o pedido de indenização por suposto descumprimento contratual, justificando a negativa pelo fato de que o condutor eventual utilizava o veículo segurado acima de um dia por semana, independentemente do tempo de uso do veículo. O juízo singular julgou parcialmente procedente o pedido para condenar a seguradora a pagar o valor segurado, bem como indenização no valor de três salários mínimos a título de danos extrapatrimoniais, afastada essa pelo tribunal *a quo*. A Turma entendeu que as declarações inexatas ou omissões no questionário de risco em contrato de seguro de veículo não autorizam, automaticamente, a perda da indenização securitária. É preciso que tais inexatidões ou omissões tenham acarretado concretamente o agravamento do risco contratado e decorram de ato intencional do segurado. No caso, a circunstância de a segurada não possuir carteira de habilitação ou ter idade avançada, ao contrário de seu neto, o verdadeiro condutor, não poderia justificar a negativa da seguradora. Por outro lado, o fato de o roubo do veículo segurado ter ocorrido com o neto da segurada no interior do automóvel não guarda relação lógica com o fato de o condutor ter ou não carteira de habilitação. Não tendo o acórdão recorrido reconhecido agravamento do risco com o preenchimento inexato do formulário, tampouco que tenha sido em razão de má-fé da contratante, incide a Súm. n. 7-STJ. Soma-se a isso o fato de ter o acórdão recorrido entendido que eventual equívoco no preenchimento do questionário de risco decorreu também de dubiedade da cláusula limitativa acolhida expressamente no art. 423 do CC/2002. **REsp 1.210.205-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 1º/9/2011.**

Informativo STJ n. 0482 - Período: 29 de agosto a 09 de setembro de 2011
(topo)

Diretoria-Geral de Comunicação Institucional
Departamento de Gestão e Disseminação do Conhecimento

Disponibilizado pela Equipe do Serviço de Captação e Estruturação do Conhecimento
Divisão de Organização de Acervos do Conhecimento

Para sugestões, elogios e críticas: seesc@tjrj.jus.br