

Processo: 2300/15.6T8PNF.P1.S1
Nº Convencional: 1ª SECÇÃO
Relator: PAULO SÁ
Descritores: INCAPACIDADE PERMANENTE PARCIAL
CONTRATO DE SEGURO
SEGURO DE VIDA
CONTRATO DE MÚTUO
BANCO
RISCO

Data do Acórdão: 19-06-2018
Votação: UNANIMIDADE
Texto Integral: S
Privacidade: 1
Meio Processual: REVISTA
Decisão: NEGADA A REVISTA
Área Temática:

DIREITO COMERCIAL - CONTRATOS ESPECIAIS DO COMÉRCIO / SEGUROS.
DIREITO CIVIL – RELAÇÕES JURÍDICAS / FACTOS JURÍDICOS / NEGOCIO
JURÍDICO / DECLARAÇÃO NEGOCIAL / INTERPRETAÇÃO E INTEGRAÇÃO –
DIREITOS DAS OBRIGAÇÕES / FONTES DAS OBRIGAÇÕES / CONTRATOS /
LIBERDADE CONTRATUAL.

Doutrina:

-CARLOS A. MOTA PINTO, Teoria Geral do Direito Civil, 3ª edição, p. 444;
-INOCÊNCIO GALVÃO TELLES, Manual dos Contratos, p. 358;
-LUÍS A. CARVALHO FERNANDES, Teoria Geral do Direito Civil, Vol. II, 2ª edição, Lex,
1996, p. 348 a 350 ; Teoria Geral do Direito Civil, II, Fontes, Conteúdo e Garantia da
Relação Jurídica, 3.ª edição revista e actualizada, Universidade Católica Portuguesa, p. 415
a 417;
-MANUEL DE ANDRADE, Teoria Geral da Relação Jurídica, II, p. 311 e 312;
-PAULO MOTA PINTO, Declaração Tácita e Comportamento Concludente no Negócio
Jurídico, Almedina, Coimbra p. 208;
-VAZ SERRA, RLJ, Ano 111, p. 220.

Legislação Nacional:

CÓDIGO COMERCIAL (CCOM): - ARTIGOS 426.º E 427.º.
CÓDIGO CIVIL (CC): - ARTIGOS 236.º, N.º 1, 237.º, 238.º E 405.º.

Jurisprudência Nacional:

ACÓRDÃOS DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

- DE 14-01-1997, IN CJ/STJ, ANO V, TOMO I, PP. 46 E SS.,
- DE 11-10-2001, IN CJ/STJ, ANO IX, TOMO III, PP. 81 E SS.;
- DE 22-01-2009, IN CJ/STJ, TOMO I, /2009, P. 78;
- DE 29-03-2011, PROCESSO N.º 313/07.0TBSJM.P1.S1, IN WWW.DGSI.PT;

Sumário :

I - Uma incapacidade absoluta e definitiva – enquanto risco coberto por contrato de seguro de vida, individual, celebrado entre a autora, como tomador e pessoa segura, e a ré, como seguradora, em que ficou designado beneficiário irrevogável, o banco, com quem aquela e o marido haviam celebrado contrato de mútuo para aquisição de imóvel – refere-se, segundo um declaratório normal, a uma incapacidade para todo e qualquer trabalho e para o resto da vida, ao que não se equipara uma IPP de 80%.

II - O contrato de seguro celebrado visou, em primeira linha, a defesa do principal beneficiário, o banco, e para este, a morte ou a invalidez equivalem-se sempre que isso signifique a perda de rendimentos que permitam o pagamento do capital e juros.

Decisão Texto Integral:

Processo n.º 2300/15.6T8PNF.P1.S1[1]

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça:

I – AA e mulher, BB instauraram acção declarativa comum de condenação, demandando a ré **CC, S.A.**, pedindo o seguinte:

- a) A condenação da ré a reconhecer a situação de invalidez absoluta definitiva da autora esposa, com data de 6 de Agosto de 2013;
- b) A condenação da ré a pagar à instituição de crédito DD, S.A., beneficiária dos contratos de seguro identificados em 6.º e 7.º da petição inicial, o montante que se encontrar em dívida, correspondente ao capital seguro, à data da prolação nestes autos de decisão que ponha fim ao litígio, e que na data da apresentação da petição ascendia a € 67.824,44;
- c) A condenação da ré a reembolsar os autores na quantia de € 542,46, a título de prémio de seguro, bem assim a quantia de € 9.174,14, a título de prestações para amortização do financiamento, pagos após a data de 6 de Agosto de 2013, à ré e à entidade bancária beneficiária do contrato de seguro;
- d) A condenação da ré a pagar juros de mora calculados à taxa legal sobre cada uma das prestações pagas e que perfazem as quantias referidas em c), até efectivo e integral pagamento;
- e) A condenação da ré a pagar aos autores todos os prémios de seguros que os autores entretanto pagarem à ré, bem como todas as prestações de liquidação do empréstimo que pagarem ao DD, S.A., acrescido de juros até efectivo e integral pagamento.

Para tanto e em síntese, alegam que: são casados entre si, sendo que, em data anterior ao casamento, o autor marido adquiriu a fracção melhor identificada na petição inicial, tendo este, junto do EE, contraído, para o efeito, um financiamento, sendo que aquela instituição financeira exigiu que o autor contratasse um seguro de grupo, tipo vida, o que o autor marido fez; em 30/08/2008, o autor marido transferiu aquele seu seguro para a aqui ré, e bem assim contratou para a autora esposa os mesmo contrato de seguro, designado ..., tendo como beneficiário o EE, como valor seguro, o capital do empréstimo ainda por amortizar, no valor de € 86.000,00; tal contrato de seguro cobre o risco de morte e invalidez de qualquer um dos autores; subscritos os documentos, compostos de formulários designados por propostas, receberam os autores as condições particulares e gerais do contrato; em momento algum prévio ao da outorga da proposta foi explicado a qualquer um dos autores que o âmbito do risco assegurado, mormente no caso de invalidez, fosse outra distinta da impossibilidade absoluta de desempenhar as suas funções profissionais habituais; em Agosto de 2010, a autora adoeceu, tendo-lhe sido diagnosticado um cancro – adenocarcinoma gástrico –, tendo sido submetida a cirurgia para gastrectomia total

radical e, após, iniciou tratamentos que quimioterapia; desde essa altura que a autora está total e absolutamente incapaz de trabalhar; em Julho de 2013, após um período de 3 anos de baixa médica, não tendo exercido a sua profissão habitual de costureira, o Instituto da Segurança Social deferiu à autora uma pensão por invalidez, com início a contar de 6 de Agosto de 2013; sujeita a junta médica, foi entendido que a autora era portadora de deficiência com grau de incapacidade de 80%; a autora, através do seu mandatário, participou a ocorrência à ré, a qual acabou por declinar a responsabilidade por entender que as lesões não se enquadram na definição da garantia de invalidez absoluta e definitiva da apólice, que a define como “aquela que, em consequência de acidente ou doença, e após cura clínica comprovada medicamente, impeça a pessoa segura total e definitivamente de exercer qualquer actividade e, cumulativamente, obrigue a assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos normais da vida” (cfr. art. 5.º, n.º 4, das condições gerais), acrescentando que “a avaliação e fixação da IAD são exclusivamente feitas por recurso às regras e condições da apólice não sendo possível de comparação ou analogia com as decisões de outras entidades, nomeadamente a Segurança Social”; quando os autores subscreveram as propostas tiveram como única intenção fazer face a um acontecimento que os colocasse perante uma impossibilidade de angariar rendimentos provenientes do seu trabalho; em momento algum a ré comunicou aos autores ou estes assim o entenderam e aceitaram que o conceito de IAD fosse de tal maneira reduzido, que, para além da referida impossibilidade de trabalhar, implicasse, ainda, cumulativamente, a impossibilidade de praticar todos os actos da vida, a implicar necessidade de assistência permanente de terceira pessoa; em momento algum a ré comunicou aos autores ou estes assim o entenderam e aceitaram que, se a junta médica da Segurança Social considerasse a pessoa segura inválida, para efeitos de concessão de pensão de reforma, esta classificação não importaria para aquela; e, tratando-se de cláusulas contratuais gerais não informada aos autores com aquele sentido e alcance, a mesma terá de ser excluída (e sempre seria contrária ao princípio da boa-fé e consequentemente cláusula proibida).

Válida e regularmente citada, a ré excepcionou a ilegitimidade activa do autor marido e da autora mulher, invocou a ineptidão da petição inicial quanto ao mesmo autor marido e, no essencial, impugnou os factos alegados pelos autores, aceitando outros, e excepcionando ter o mediador comunicado aos autores as cláusulas invocadas por eles, como não tendo sido objecto dessa comunicação. E, nos moldes em que estas cláusulas são contratualmente definidas, a autora não se encontra naquela situação.

A ré alega, ainda, que, caso a tese dos autores tivesse vencimento, então, o contrato em causa ficaria vazio de conteúdo, a determinar a

sua nulidade. Concluiu, pugnando pela absolvição da ré da instância e, assim não se entendendo, pela sua absolvição do pedido.

Os autores exerceram o contraditório a fls. 159 a 163 dos autos, deduzindo incidente de intervenção principal provocada do DD, S.A.

O tribunal deferiu o referido incidente (cfr. fls. 165 a 167), aceitando a intervenção principal provocada do DD, como associado dos autores.

Regularmente citada, o chamado apresentou o articulado de fls. 170 a 175 dos autos.

Autores e ré exerceram o contraditório relativamente ao articulado do DD, a fls. 184 a 192 dos autos.

Foi proferido despacho saneador onde se afirmou a validade e regularidade da instância, se julgou procedente a excepção de ilegitimidade activa do autor marido e se absolveu a ré da instância quanto aos pedidos deduzidos pelo mesmo, se fixou o objecto do litígio, se seleccionou a matéria de facto assente e se fixaram os temas da prova.

Procedeu-se a julgamento com observância de todo o formalismo legal.

Proferiu-se sentença que julgou totalmente improcedente a acção e, em consequência, absolveu a ré CC, S.A., dos pedidos deduzidos pela autora BB, a quem se associou o DD, S.A.

Dessa sentença interpôs a A. recurso de apelação, sem sucesso, já que a Relação julgou a apelação totalmente improcedente e, em consequência, confirmou a sentença impugnada.

Não se conformando com tal decisão, dela recorreu a A. de revista excepional, tendo a Formação admitido o referido recurso, com fundamento na alínea c) do n.º 1 do artigo 672.º do CPC.

A A. conclui as suas alegações com as seguintes conclusões:

Da Admissibilidade da Revista Excepional

I a IV (...).

Da Identidade que Determina a Contradição entre o Acórdão do Tribunal da Relação do Porto proferido nos presentes autos e o Acórdão-Fundamento

V – O Acórdão Recorrido está em frontal contradição com o Acórdão-Fundamento no que diz respeito àquilo que deve ser considerado como Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) para efeitos de acionamento do contrato de seguro subjacente a um contrato de mútuo, onde figura como beneficiário irrevogável a instituição

bancária que concedeu o crédito à A.

VI – O conceito de IAD é essencial para a decisão a tornar, quer num como noutro Acórdão.

VII – No Acórdão-Fundamento do Tribunal da Relação de Guimarães, datado de 31/05/2011, ficou decidido que: “Uma invalidez absoluta e definitiva será, para um declaratório normal, um estado da pessoa que o deixa totalmente (completamente, sem restrição) incapaz, para o resto da vida, de exercer a sua actividade, designadamente laboral, em termos de obtenção de meios de subsistência.”

VIII – Decidiu-se ainda que: “Tendo a autora, devido a doença oncológica, ficado incapacitada para o exercício da sua profissão habitual e tendo sido reformada por invalidez, esta incapacidade não pode deixar de corresponder a uma incapacidade absoluta e definitiva, por, de harmonia com o disposto nos art.ºs. 236.º e 233.º, n.º 1 do C. Civil, ser este o entendimento que um destinatário médio e de boa fé ao aderir ao contrato de seguro de grupo dos autos extrairia da cláusula da respectiva apólice de seguro, denominada “Invalidez Absoluta e definitiva” por doença.”

IX – Pela análise de ambos os casos, conclui-se facilmente que os presentes autos são quase um decalque daquele outro processo onde foi proferido o Acórdão Fundamento

X – Em ambos os casos verificou-se que as Autoras:

a) Celebraram com a R. um contrato de seguro do ramo VIDA, que garantia o pagamento do capital mutuado no caso de se verificar uma situação de incapacidade absoluta e definitiva (IAD);

e) A ambas foi diagnosticado cancro gástrico, o que levou a que tivessem de ser submetidas a gastrectomia total;

d) Ambas têm incapacidade para a actividade habitual;

e) Em virtude da patologia que lhes foi diagnosticada e do procedimento cirúrgico de que foram alvo, foi-lhes atribuída uma incapacidade permanente de global de 80%, devendo a mesma ser revista, num caso passados 5 anos e no caso dos autos, passados 6 anos.

f) Atendendo à incapacidade fixada, foi-lhes atribuída uma pensão por invalidez.

XI – Nos presentes autos, definia a cláusula do artigo 5º, n.º 4 das Condições Gerais: "Para efeitos desta garantia, entende-se por IAD, aquela que, em consequência de acidente ou doença e após cura clínica comprovada medicamente, impeça a Pessoa Segura Total e Definitivamente de exercer qualquer actividade e cumulativamente

obrigue a assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos normais de vida”.

XII – No Acórdão-Fundamento a situação de IAD verificava-se quando estivessem cumulativamente verificados os seguintes factos:

- Possuir o segurado uma incapacidade funcional irreversível igual ou superior a 75% com impossibilidade de subsistência funcional sem o apoio permanente de terceira pessoa;
- Possuir o segurado comprovada incapacidade irreversível para exercer qualquer actividade remuneratória.” [sublinhado nosso]

XIII – Tanto o Acórdão Recorrido como o Acórdão-Fundamento socorrem-se das normas constantes dos artigos 236.º a 239.º do C.C., conjugadas com os artigos 7.º 10.º e 11.º do Decreto-Lei n.º 446/85, de 15 de Outubro, respeitante às Cláusulas Contratuais Gerais.

XIV – Apesar do recurso aos mesmos normativos legais, as decisões são diametralmente opostas.

XV – No Acórdão Recorrido sufragou-se o entendimento que “sendo o risco coberto, para além da morte, a invalidez absoluta definitiva, mesmo não havendo especificação do conceito dessa invalidez, o declaratório médio e medianamente sagaz, não pode deixar de entender que a mesma se refere a todo e qualquer trabalho que não apenas ao trabalho habitual do segurado”.

XVI – Enquanto que no Acórdão-Fundamento se entendeu que “uma invalidez absoluta e definitiva será, para um declaratório normal, um estado da pessoa que o deixa totalmente (completamente, sem restrição) incapaz, para o resto da vida, de exercer a sua actividade, designadamente laboral, em termos de obtenção de meios de subsistência.” (Cfr. Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, proferido no processo n.º 313/07.0TBSJM.P1.S1, datado de 29-3-2011, disponível para consulta em www.dgsi.pt) [sublinhado nosso]

XVII – Ainda do Acórdão-Fundamento resulta que a “incapacidade da autora para o exercício da sua profissão habitual, associada à perda de remuneração por incapacidade de a angariar, não pode deixar de corresponder a uma incapacidade absoluta e definitiva, por, de harmonia com o disposto nos art.ºs. 236.º e 238.º, n.º 1 do C. Civil, ser este o entendimento que um destinatário médio e de boa fé ao aderir ao contrato de seguro de grupo dos autos extrairia da cláusula 2.2. alínea b) da respectiva apólice de seguro”

XVIII – Decidiu assim o Tribunal da Relação de Guimarães que a A. estava numa situação de IAD e por isso abrangida pelo seguro que havia contratado com a R.

XIX – Em sentido contrário foi o Acórdão Recorrido, ao não

enquadrar a situação da A/Recorrente no conceito de IAD definido na cláusula do artigo 5.º, n.º 4, 1.ª parte das Condições Gerais do Contrato de Seguro celebrado com a R.

XX – No presente caso, a interpretação a dar á 1.ª parte, do n.º 4 do artigo 5.º das Condições Gerais do Contrato de seguro, devia ter sido feita de acordo com a correcta interpretação e aplicação dos artigos 236.º a 239.º do C.C., como aliás aconteceu no Acórdão-Fundamento, partindo-se da “teoria da impressão do sujeito”

XXI – Isto porque, o cidadão comum, medianamente informado e diligente, não retira do conceito de “invalidéz absoluta e definitiva” que a cobertura do seguro subscrito abrange apenas uma situação de tal modo grave que o deixe completamente impossibilitado de exercer toda e qualquer profissão.

XXII – O adjectivo “absoluta” para um declaratório comum só pode ser aquele em que o segurado esteja numa situação de incapacidade absoluta para o exercício da sua profissão habitual e não para toda e qualquer profissão.

XXIII – À A/Recorrente não podem ser exigidos conhecimentos técnicos e jurídicos que lhe permitam apreender o sentido e alcance do preenchimento do conceito de IAD, tal como o mesmo é definido no Acórdão Recorrido, atendendo que o que lhe foi proposto foi um seguro apto a acautelar uma situação infortunistica, onde o segurado se visse privado da sua capacidade de ganho e que, por isso, não conseguisse amortizar o empréstimo.

XXIV – Mais, o conceito de IAD deve ser aferido “em face da actividade anteriormente desenvolvida bem como das capacidades e habilitações literárias da pessoa segura” (Cfr. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça. datado de 18/09/2014, proferido no processo n.º 2334/10.7TBGDM.P1.S1, disponível para consulta em www.dgsi.pt)

XXV – A A./Recorrente possui o 4.º ano de escolaridade e desempenhou sempre, desde os 12 anos de idade, a profissão de costureira.

XXVI – Impõe-se por isso decisão diversa daquela que foi proferida no Acórdão Recorrido, atendendo à extrema relevância social da questão, uma vez que, a existência decisões tão díspares (entre Acórdão Recorrido e Acórdão-Fundamento), é susceptível de afectar um grande número de pessoas, em particular consumidores, em relação à segurança jurídica do seu relacionamento com as instituições, no caso, seguradoras, existindo por isso um interesse que ultrapassa significativamente os limites do caso concreto.

XXVII – Aquelas capacidades e habilitações da A. deviam ter sido tidas em conta no momento da interpretação a dar ao conceito de LAD previsto no artigo 5.º, n.º 4, 1.ª parte das Cláusulas Contratuais

Gerais do Contrato de Seguro, nos termos dos artigos 236.º a 239.º do CC.

XXVIII – Assim, perante as divergências de teses constantes no Acórdão Recorrido e no Acórdão-Fundamento, é entendimento da Recorrente/A, que deve merecer vencimento a tese sufragada no Acórdão-Fundamento, pois é esta que faz a correcta interpretação dos artigos 236.º e 238.º do C.C., atribuindo à cláusula que define o conceito de IAD para efeitos do contrato de seguro o sentido que um destinatário médio e de boa-fé extrairia ao aderir ao contrato de seguro em crise nos autos.

XXIX – É da mais basilar justiça e prudência que a situação de incapacidade da A/Recorrente integra uma situação de IAD abrangida pelo seguro contratado com a R/Recorrida, devendo por isso ser julgado procedente o presente recurso, seguindo-se assim a mesmíssima posição sufragada pelo Acórdão-Fundamento.

XXX – O Tribunal da 1.ª Instância, bem assim o Tribunal da Relação do Porto ao não decidirem daquele modo, violaram com a decisão recorrida, por erro de interpretação, o disposto nos artigos 236.º e 238.º do C. C., mostrando-se ambas as decisões em oposição frontal com o Acórdão-Fundamento, datado de 31-05-2011, transitado em julgado, de que aqui se junta certidão e ainda com o Acórdão deste Supremo Tribunal de Justiça, datado de 29-03-2011, já supra referido.

Em termos do pedido recursivo entende a recorrente dever dar-se prevalência à tese sufragada no Acórdão-Fundamento, revogando-se em consequência o Acórdão Recorrido, substituindo-o por outro que adopte aquela referida jurisprudência.

Houve contralegações, sustentando a bondade do decidido.

Cumpridos os vistos, cumpre apreciar e decidir.

II – Fundamentação

II.A.1 – De facto

II.A.2. Com interesse para a decisão da causa está provado que:

1. A autora BB e AA são casados entre si desde 8 de Janeiro de 2005, no regime da comunhão de adquiridos (cfr. certidão de casamento que se junta como doc. n.º 1).

2. O marido da autora, AA, adquiriu, ainda no estado de solteiro, por compra e pelo preço de 100.000,00€, a fracção autónoma identificada pela letra "E", correspondente à habitação do tipo T-3, descrita na Conservatória de Registo Predial de Lousada sob o nº 330-E/Meinedo (cfr. documento n.º 2 que se junta e se dá por integralmente reproduzido para os devidos e legais efeitos).

3. Para o efeito, contraiu o mencionado marido da autora e obteve junto do Banco EE um financiamento no montante de 95.000,00€, sendo que para garantir a amortização do referido empréstimo constituiu hipoteca voluntária sobre a referida fracção, assim como foram prestadas garantias pessoais por terceiros.

4. Para além do mais, exigiu a entidade financeira que o mencionado AA contratasse seguro de grupo, do tipo VIDA, tudo conforme resulta da cláusula 5.ª do documento complementar, de modo a garantir ao Banco a liquidação do montante financiado em caso de morte ou invalidez do autor marido (cfr. documento n.º 3, composto de condições gerais do financiamento que se junta e mesmo documento n.º 2 composto de escrita).

5. Por forma a preencher essas condições de atribuição de financiamento, o referido AA subscreveu o referido seguro de grupo, do ramo VIDA, para garantir os 95.000,00€ financiados, o que fez com uma seguradora diversa da ré.

6. Mais tarde e depois de, por forma não concretamente apurada, ter sido colocado um fim ao referido seguro que havia subscrito, o mencionado AA e a autora BB, junto de um mediador de seguros, subscreveram, cada um deles, um documento intitulado “proposta de subscrição” dirigida à ré de um seguro denominado “FF” (sendo que o documento subscrito pela autora o foi nos moldes constantes do documento de fls. 50 a 52 dos autos, que aqui se dá por integralmente reproduzido), propostas estas que foram aceites pela ré, dando origem à emissão das seguintes apólices de seguro e respectivas condições particulares:

a) 20 – 00 – 000279, da qual consta, entre outras coisas, como tomador de seguro, AA, como pessoa segura, AA, como duração, 25 anos, data de início 30/08/2008 e data de termo 29/08/2033, empréstimo, montante, 86.000,00, como garantias 1.º ano, capital em caso de morte (100%), capital em caso de invalidez absoluta e definitiva – IAD (100%), capital em caso de invalidez total e permanente ITP (0%) e pagamento das mensalidades do empréstimo em caso de incapacidade temporária e absoluta – ITA 0%, como beneficiário irrevogável, Banco EE, S.A., e como outros beneficiários, em caso de capital remanescente: o cônjuge e, na sua falta, os filhos (cfr. documento de fls. 35 e 36 cujo teor, no mais, se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais);

b) 20 – 00 – 000278, da qual consta, entre outras coisas, como tomador de seguro, BB, como pessoa segura, BB, como duração, 25 anos, data de início 30/08/2008 e data de termo 29/08/2033, empréstimo, montante, 86.000,00, como garantias 1.º ano, capital em caso de morte (100%), capital em caso de invalidez absoluta e definitiva – IAD (100%), capital em caso de invalidez total e permanente ITP (0%) e pagamento das mensalidades do empréstimo

em caso de incapacidade temporária e absoluta – ITA 0%, como beneficiário irrevogável, Banco EE, S.A., e como outros beneficiários, em caso de capital remanescente: o cônjuge e, na sua falta, os filhos (cfr. documento de fls. 33 e 34 dos autos cujo teor, no mais, se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais) encontrando-se associadas às referidas apólice as condições gerais constantes do documento de fls. 113 a 124 dos autos cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

7. Uma vez subscritos os mencionados documentos (posteriormente à subscrição), compostos de formulários designados por propostas, receberam a autora mulher e o AA, as condições gerais e particulares do contrato de seguro (sendo que as condições particulares reproduziam a proposta subscrita pela autora), nomeadamente todas as suas cláusulas contratuais gerais, sendo que os referidos cadernos chegaram expedidos por correio.

8. A autora nasceu em 29/10/1986 e desempenhava profissionalmente funções de costureira, concretamente as funções de termocolagem, por conta de outrem – uma empresa fabril –, desde, pelo menos, o ano de 2003.

9. Em Agosto de 2010, a autora adoeceu, tendo-lhe sido diagnosticado um cancro – adenocarcinoma gástrico.

10. Foi submetida a cirurgia no IPO para gastrectomia total radical em 15/09/2010 (extracção total do estômago).

11. Por ter apresentado gânglios metastizados, iniciou tratamentos de quimioterapia, em data posterior a 5/11/2010.

12. Desde 2010 que a autora viu a sua situação clínica alterada, estando a ser seguida e em vigilância no IPO do Porto, encontrando-se há mais de 5 anos sem evidência de doença, tendo o grupo de oncologia médica que faz o seguimento da autora decidido manter em vigilância a autora em consulta após cinco anos, por apresentar alterações a nível da tiróide e com estudo ecográfico tiroideu previamente realizado que mostrou ser benigno.

13. Em 2012, após a realização de alguns exames, foi detectada a presença de “pedra” na vesícula da autora, tendo sido encaminhada para o Hospital de ..., passando aí a ser seguida em consulta devido a este problema, o qual, mais tarde, levou a que fosse submetida a intervenção cirúrgica no Hospital da Santa Casa da Misericórdia em ... para extracção da vesícula, em Fevereiro de 2016, tendo já tido alta clínica relativamente a esta situação.

14. Desde o aparecimento da doença descrita em 9. a autora esteve com uma incapacidade temporária absoluta para o trabalho durante 3 anos, tendo estado três anos de baixa médica, sendo que durante aquele período temporal a autora esteve incapacitada para o

trabalho e não conseguiu fazer as limpezas de casa, carregar as compras quando se dirigia ao supermercado ou à mercearia ou pegar no filho ao colo.

15. Durante o período temporal referido, a autora contou com o apoio de familiares, que preparavam as refeições, a acompanhavam ao IPO para tratamentos e que, após a cirurgia, após sessões de quimioterapia e nos momentos de maior fraqueza física, chegaram mesmo a propiciar cuidados de higiene.

16. Em virtude do referido problema de saúde, em 31/07/2013, o Instituto da Segurança Social, deferiu à autora uma pensão por invalidez relativa, ao abrigo do DL 187/2007, de 10 de Maio, e L 64-A/08, de 31 de Dezembro, com início a 6/08/2013.

17. Em consequência das sequelas de que ficou a padecer na sequência da descrita doença e tratamentos a que foi sujeita, melhor descritas nas páginas 6 e 7, ponto 2, do relatório pericial de fls. 241 a 245 dos autos, que aqui se dá por integralmente reproduzido, desde 31/07/2013 que a autora está, médico-legalmente e de forma irreversível, incapacitada de realizar a sua actividade profissional de costureira no posto de trabalho de termocolagem, estando capaz, médico-legalmente, de realizar toda e qualquer outra profissão que não exija conhecimentos específicos e onde possa evitar a realização de esforços com a região do tronco ou região abdominal, não devendo realizar tarefas que exijam que se curve frequentemente ou que exijam que pegue frequentemente em pesos, e que possa efectuar várias alimentações diárias, necessidade que tem em virtude de ter realizado gastrectomia total.

18. A partir daquela data, a autora ficou capaz de realizar os actos correntes e diários da vida, sendo que, em relação a alguns, tem as limitações decorrentes do facto de a autora ter de evitar a realização de esforços com a região do tronco ou região abdominal, não devendo realizar tarefas que exijam que se curve frequentemente ou que exijam que pegue frequentemente em pesos, e que lhe permitam efectuar várias alimentações diárias.

19. Em 9/02/2011, na sequência de junta médica a que a autora foi sujeita, foi emitido um “atestado médico de incapacidade multiuso”, respeitante à autora, no qual a presidente da referida junta médica declarou o seguinte: “atesto que, de acordo com a TNI – Anexo I, aprovada pelo DL n.º 352/07, de 23 de Outubro, o utente é portador de deficiência que, nesta data e conforme o quadro seguinte, lhe confere uma incapacidade permanente global de 80% (...), susceptível de variação futura, devendo ser reavaliado no ano de 2017”.

20. A autora esposa, através do signatário da petição inicial, participou a ocorrência à ré, conforme missiva que se junta, que

instruiu com todos os relatórios médicos que tinha na sua posse, e que fazem parte integrante do doc. N.º 8, junto com a petição inicial e que se dá por integralmente reproduzido para os devidos e legais efeitos.

21. Para efeitos de Invalidez Absoluta e Definitiva, entende a ré no seu n.º 4 do artigo 5.º das condições gerais (pré-elaboradas pela ré e não sujeitas a negociação), ser "aquela que, em consequência de acidente ou doença, e após cura clínica comprovada medicamente, impeça a pessoa segura total e definitivamente de exercer qualquer actividade e, cumulativamente obrigue a assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos normais de vida".

22. Das condições particulares das apólices identificadas no anterior ponto 6. constava como capital seguro, em Agosto de 2013, o valor de € 76.773,51, sendo que, à data de 6/08/2013 o capital em dívida respeitante ao financiamento referido em 3. era de € 74.121,63.

23. A ré, mesmo após a participação referida em 20., continuou a receber até aos dias de hoje (reportada à data da propositura da acção) todas as prestações correspondentes aos prémios de seguro da apólice identificada no ponto 6., al. b), pagas pela autora, não tendo sido possível apurar, em concreto, qual o valor global desses pagamentos.

24. O marido da autora, AA, continuou a amortizar junto da entidade bancária que sucedeu ao DD, S.A. –, todas as prestações desde Agosto de 2013 até ao dia de hoje (reportado à data de 12/05/2017), no montante global de € 16.574,76.

25. Conforme a prática da Ré, os seus vendedores/mediadores têm distribuídos apresentadores das diversas modalidades de seguro, tendo em vista os mesmos serem entregues aos proponentes, sendo que a ré dá indicação àqueles para acompanharem aquela entrega com a explicação do produto tendo presente também as condições gerais respectivas, tudo com o objectivo de permitir a transmissão, com clareza, essencialmente das definições, garantias, condições e exclusões.

26. Em data anterior a Agosto de 2008, a ré tinha já disponibilizada uma plataforma informática, designadamente junto dos seus mediadores, a qual permitia ao mediador fazer e apresentar ao proponente uma simulação de custos, atendendo essencialmente às seguintes variáveis: garantias subscritas, montante de capitais, tempo de vigência e idade da pessoa, tudo para permitir que o candidato ficasse a saber o conteúdo das garantias que subscreve e o que deixa de subscrever e correspondente prémio.

27. Em 22/03/2011, o marido da autora, AA, rescindiu o contrato de seguro da apólice identificada no anterior ponto 6., al. a), e

subscreveu novo contrato com as garantias de Morte, Invalidez Absoluta e Definitiva, Invalidez Total e Permanente e Incapacidade Temporária Absoluta, dando origem à apólice 20-00-005020), com data de início em 1/05/2011, o que, em contrapartida, lhe trouxe o encargo de prémio que passou do prémio mensal de 9,68 € para 16,65 € (tudo nos moldes constantes dos documentos de fls. 128 a 133 cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido).

Com interesse para a decisão da causa, não se provaram os restantes factos, designadamente que:

- 1. Os documentos referidos em 6. dos factos provados, intitulados “propostas de subscrição”, tivessem sido os únicos que a autora e o seu marido, AA, subscreveram.*
- 2. O Banco beneficiário tivesse aceite os contratos de seguro referidos em 6. dos factos provados.*
- 3. Desde 2010, a autora viva com mil cuidados por forma a não contrair qualquer infecção, evitando andar na rua, ao tempo.*
- 4. Durante o período temporal referido em 14. dos factos provados, a incapacidade para o trabalho aí referida tivesse um carácter permanente, no sentido de irreversível.*
- 5. A incapacidade referida em 19. dos factos provados fosse irreversível.*
- 6. Para além das limitações referidas em 18. dos factos provados, a partir de 31/07/2013, a autora continuasse totalmente incapaz de fazer qualquer acto da vida diária, designadamente estivesse totalmente incapaz de fazer todo e qualquer tipo de limpezas de casa, de carregar todo e qualquer tipo de compras.*
- 7. A ré e/ou o respectivo mediador de seguros, em momento prévio à subscrição e aceitação das supra aludidas “proposta de subscrição”, tivessem comunicado à autora e/ou ao seu marido, AA, ou estes assim o tivessem entendido e aceitaram, que o conceito de IAD fosse de tal maneira reduzido, que, além da impossibilidade de trabalhar, implicasse, ainda, cumulativamente a impossibilidade de praticar todos os actos da vida ordinária, ou seja, implicasse a assistência permanente de 3ª pessoa.*
- 8. A ré e/ou o respectivo mediador de seguros, em momento prévio à subscrição e aceitação das supra aludidas “proposta de subscrição”, tivessem comunicado à autora e/ou ao seu marido, AA, ou estes assim o tivessem entendido e aceitaram, que se uma junta médica da Segurança Social considerasse o tomador do seguro inválido, para efeitos de concessão de pensão de reforma, que esta classificação não importaria para a ré.*
- 9. A ré e/ou o respectivo mediador de seguros, em momento prévio à*

subscrição e aceitação das supra aludidas “proposta de subscrição”, tivessem comunicado à autora e/ou ao seu marido, AA, ou estes assim o tivessem entendido e aceitaram, que, apenas, seria considerado IAD aquilo que fosse avaliado pelos médicos da ré, cujos critérios e avaliação os autores desconhecem, quer no momento da contratação, quer no momento da avaliação.

10. A ré, após a participação referida em 20. dos factos provados, tivesse continuado a receber, até aos dias de hoje, todas as prestações correspondentes aos prémios de seguro da apólice identificada no ponto 6., al. a), pagas pelo marido da autora, AA.

11. Os prémios de seguro referidos em 23. dos factos provados totalizassem os seguintes valores: de Agosto a Dezembro de 2013, a quantia de € 109,13; no ano de 2014, a quantia de € 260,00; e, no ano de 2015, até Agosto inclusive, a quantia de € 173,33.

12. Em momento prévio ou contemporâneo à subscrição das “propostas de subscrição” referidas nos factos provados, a ré e/ou o mediador tivesse entregue à autora e ao seu marido os apresentadores das diversas modalidades de seguro referidos no ponto 25. dos factos provados.

13. Em momento prévio ou contemporâneo à subscrição das “propostas de subscrição” referidas nos factos provados, a ré e/ou o mediador tivesse feito à autora e/ou ao marido uma simulação de custos, atendendo essencialmente às seguintes variáveis: garantias subscritas, montante de capitais, tempo de vigência e idade da pessoa, e bem assim que a autora e/ou ao marido tivessem ficado a saber, em momento prévio ou contemporâneo à subscrição das “propostas de subscrição”, o conteúdo das garantias que subscreveram e o que deixaram de subscrever e correspondente prémio.

14. Só depois da adopção de todo este comportamento – o descrito em 12 e 13 dos factos não provados e 25 e 26 dos factos provados –, só depois de preenchida a proposta e entregue a documentação (cópia da proposta com declarações do proponente, questionário e condição gerais, com o conteúdo já explicado para que os mesmos o pudessem reler com mais pormenor), é que a autora e o seu marido teriam subscrito as ditas “propostas de subscrição”.

15. O descrito em 12 e 13 dos factos não provados e o descrito em 25 e 26 dos factos provados tivesse acontecido com a autora e com o seu marido.

16. Em momento prévio ou contemporâneo à subscrição das “propostas de subscrição” referidas nos factos provados, tivesse sido explicado à autora e/ou ao seu marido que o conceito de IAD era o que constava do n.º 4 do artigo 5.º das condições gerais, ou seja, que

tivesse sido explicado que IAD era "aquela que, em consequência de acidente ou doença, e após cura clínica comprovada medicamente, impeça a pessoa segura total e definitivamente de exercer qualquer actividade e, cumulativamente obrigue a assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos normais de vida", e bem assim que lhes tivesse sido explicado que, se uma junta médica da Segurança Social considerasse o tomador do seguro inválido, para efeitos de concessão de pensão de reforma, que esta classificação não importaria para a ré.

17. A autora e o seu marido tivessem deixado deliberadamente por subscrever as garantias completares Invalidez Total Permanente e Incapacidade Temporária Absoluta, sendo que autora não quis deliberadamente subscrever a Invalidez Total Permanente, porque a economia do contrato exigia, naquele caso, a subscrição da garantia ITA e isso acarretava um acréscimo mensal no prémio de € 7,25, ou seja, não seria de 4,55 € mas de 11,80 €.

II.B. De Direito

II.B.1. Apenas está em discussão nos presentes autos a apreciação da questão sobre a qual se entendeu existir contradição entre o acórdão recorrido e o acórdão-fundamento, isto é, sobre o entendimento relativo à situação de incapacidade absoluta e definitiva, determinativo da indemnização a favor do beneficiário do seguro.

No acórdão recorrido entendeu-se, em primeiro lugar, que, no presente caso se está perante um seguro individual e não perante um seguro de grupo.

Afirmou-se aí: "... dos factos apurados resulta que a autora e seu marido para dar satisfação ao banco que emprestou a este determinado quantia para aquisição de habitação (contrato de mútuo) celebraram com a Recorrida-seguradora contratos de seguro individuais, nos quais figuravam como tomadores e pessoas seguras a autora e seu marido e a ré como seguradora, sendo que ficou designado beneficiário irrevogável o Banco EE, SA, conforme resulta das Condições Particulares de fls. 33 a 34 e 35 a 36 dos autos.

Assim, dos factos apurados não resulta que a recorrente tenha aderido a um seguro de grupo porque dos autos não resulta que houve negociação tripartida entre o tomador (no caso, o banco interveniente) com o segurador num primeiro momento e posteriormente o/s segurado/s aderentes à medida de cada adesão que, em princípio, coincidiria com a celebração do contrato de mútuo.

In casu a A-recorrente, ela e só ela, contratou directamente com o segurador um seguro individual.

Se se tratasse de seguro de grupo, tudo teria que ser tratado previamente entre Tomador (Banco como entidade a que está afecto o

segurado e que forma o grupo) e o Segurador, limitando-se o asegurado a aderir posteriormente, sendo que não houve qualquer negociação entre banco e segurador.

De resto, não releva, porque não consta dos factos apurados nem foi alegado, se a autora-recorrente esteve anteriormente enquadrada num seguro de grupo.

Ficamos, pois, perante contrato de seguro individual celebrado entre a A., como Tomador e Pessoa Segura (vd. condições particulares já referidas e localizadas) e a Ré, como Seguradora, em que ficou designado beneficiário irrevogável o Banco Espírito Santo, SA, sendo que não é por causa desta designação que o contrato deixa de ser individual.”

Disse-se, depois, dever ser, “à luz das cláusulas, condições, garantias e exclusões do contrato que as partes celebraram” que devem ser resolvidas as situações emergentes.

«“Neste sentido, o contrato de seguro dos autos é composto pelas Condições Gerais, juntas a fls 39 a 49, pelas Condições Particulares, juntas a fls 33-34 e pela proposta junta a fls 50 e 52, sendo que nesta proposta a autora, na qualidade de tomadora do seguro declarou o seguinte: “conheço as condições em que o seguro será efectuado, caso venha a ser aceite pela Seguradora”. “Recebi um exemplar do presente formulário e as condições gerais do contrato que pretendo celebrar e das quais tomei conhecimento”, como consta na terceira página da proposta.»

A esta luz, acentuou-se que a autora-recorrente, como pessoa segura, não invocou que não teve consciência, no momento da assinatura, do teor e conteúdo efectivo e essencial do documento, que o contrato de seguro, na parte não impugnada é válido, «valendo o artigo 5º, nº 4, das Condições Gerais sem o identificado segmento que exigia que a pessoa só é considerada em estado de invalidez absoluta e definitiva quando necessite de recorrer, de modo permanente, à assistência de terceira pessoa para efectuar os atos normas da vida diária, o que implica que fique “liminarmente afastada a integração da factualidade provada no conceito de invalidez absoluta e definitiva nela constante, dado que a mesma pressupõe que a pessoa segura fique total e definitivamente incapacitada para exercer qualquer profissão».

Mais se disse, não terem os autores, na petição inicial, alegado que a cláusula constante do n.º 4 do artigo 5.º das Condições Gerais era inválida.

Esta cláusula, intitulada Garantias e suas Condições estabelecia:
“Para efeitos desta garantia, entende-se por IAD, aquela que, em consequência de acidente ou doença e após cura clínica comprovada medicamente, impeça a Pessoa Segura Total e Definitivamente de

exercer qualquer actividade e cumulativamente obrigue a assistência permanente de terceira pessoa para a prática dos actos normais de vida”.

Continuando a seguir a fundamentação do acórdão, não merece contestação que, à data em que foi celebrado o contrato de seguro em causa, vigorava o Decreto-Lei n.º 176/95, de 26.07 que dispunha sobre as regras de transparência para a actividade seguradora e disposições relativas ao regime jurídico do contrato de seguro e que no seu artigo 9.º, sob a epígrafe Legalidade, afirmava:

“As condições especiais ou particulares dos contratos não podem modificar a natureza dos riscos cobertos nos termos das condições gerais e ou especiais a que se aplicam, tendo em conta a classificação de riscos por ramos de seguros e operações legalmente estabelecida.”(disposição congénere é hoje a do art.º 45.º do DL n.º 72/2008, de 16.04).

“Acresce que o art. 15.º do DL n.º 446/85, de 25.10, estabelece serem proibidas as cláusulas contratuais gerais contrárias à boa fé.

Por outro lado, o art. 21.º do citado DL estabelece na sua alínea a) serem absolutamente proibidas as cláusulas contratuais gerais que “limitem ou de qualquer modo alterem obrigações assumidas, na contratação, directamente por quem as predisponha ou pelo seu representante”.

Esta proibição visa obviar a que o utilizador das cláusulas contratuais gerais, violando o princípio da boa fé, consiga por intermédio delas frustrar o objecto que as partes visaram atingir com o tipo de contrato utilizado.

Assim, como é entendimento pacífico, a referida a) do n.º 1 do art. 21.º do DL 446/85 sanciona com a nulidade as cláusulas contratuais gerais que traduzam limitação excessiva das garantias.

Ora, no caso dos autos, os autores não alegaram que a cláusula vertida na 1.ª parte do n.º 4 do artigo 5.º das Condições Gerais do contrato de seguro era contrária à boa-fé.”

Do antes exposto pode extrair-se não constituírem elementos diferenciadores, para a resolução da questão colocada, o facto de aqui se estar perante um seguro individual e não um seguro de grupo, e não se colocar a questão da validade da cláusula, na parte subsistente.

É na interpretação da cláusula referente à definição da incapacidade absoluta e definitiva que os dois acórdãos divergem.

Liminarmente deve sublinhar-se estarmos no domínio do seguro voluntário, em que rege a liberdade de fixação dos riscos cobertos e do âmbito das respectivas coberturas pelas partes, dentro dos limites permitidos pela lei, sendo que a validade e eficácia dessas cláusulas

depende sempre da sua redução a escrito, por a mesma lei atribuir ao contrato de seguro a natureza de contrato substancialmente formal (arts. 426.º e 427.º C. Comercial e 405.º C. Civil).

Estamos, também, sob o domínio dos contratos de adesão, em que vale o regime jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais, designadamente no que respeita às cláusulas ambíguas, que devem valer com o sentido que lhes atribuiria um aderente normal colocado na posição do aderente real – art. 11.º do DL n.º 446/85 – e que as Seguradoras estão obrigadas a redigir “de modo claro e perfeitamente inteligível” as cláusulas gerais e especiais das apólices que emitem (DL n.º 176/95 – art. 8.º).

Das condições gerais e especiais dos contratos de seguro do ramo «Vida» devem constar, entre outros, elementos como a “definição dos conceitos necessários ao conveniente esclarecimento das condições contratuais” e o “âmbito do contrato” (art. 10.º do mesmo DL).

A interpretação das cláusulas contratuais gerais faz-se, em princípio, segundo as regras gerais de interpretação das declarações negociais com o regime previsto nos arts. 236.º a 238.º do C. Civil, atendendo ao circunstancialismo específico do contrato interpretando em que as cláusulas se inserem – art. 10.º do DL 446/85.

A interpretação do contrato revela-se mais complexa que a interpretação da mera declaração negocial, e os elementos a esse respeito atendíveis não-de valer para ambos os contratantes, com vista a alcançar um sentido final comum.

O n.º 1 do artigo 236º do CC estipula: *“a declaração negocial vale com o sentido que um declaratório normal, colocado na posição do real declaratório, possa deduzir do comportamento do declarante, salvo se este não puder razoavelmente contar com ele”*. E o seu nº 2, em consonância com a velha máxima *“falsa demonstratio non nocet”*, estabelece que *“sempre que o declaratório conheça a vontade real do declarante, é de acordo com ela que vale a declaração emitida”*.

Deste texto resulta que, em homenagem aos princípios da protecção da confiança e da segurança do tráfico jurídico, se dá prioridade, em tese geral, ao ponto de vista do declaratório, mas a lei, no entanto, não se basta com o sentido compreendido realmente pelo declaratório (entendimento subjectivo deste) e, por isso, concede primazia àquele que um declaratório normal colocado na posição do real declaratório depreenderia. “Há que imaginar – escreve PAULO MOTA PINTO (*Declaração Tácita e Comportamento Concludente no Negócio Jurídico*, Almedina, Coimbra p. 208) – uma pessoa com razoabilidade, sagacidade, conhecimento e diligência medianos, considerando as circunstâncias que ela teria conhecido e o modo como teria raciocinado a partir delas, mas figurando-a na posição do real declaratório,e o modo como aquele concreto declaratório

poderia a partir delas ter depreendido um sentido declarativo”, sendo que o declaratório normal corresponde ao *"bonus pater familias"* equilibrado e de bom senso (Neste sentido LUÍS A. CARVALHO FERNANDES, *Teoria Geral do Direito Civil*, Vol. II, 2ª edição, Lex, 1996, p. 348, e *Teoria Geral do Direito Civil*, II, Fontes, Conteúdo e Garantia da Relação Jurídica, 3ª edição revista e actualizada, Universidade Católica Portuguesa, p. 415), pessoa de qualidades médias (INOCÊNCIO GALVÃO TELLES, *Manual dos Contratos*, p. 358), de instrução, inteligência e diligência normais.

Por outro lado, no domínio da interpretação de um contrato, que, como já se disse, consiste em determinar «o conteúdo das declarações de vontade e, conseqüentemente, os efeitos que o negócio visa produzir, em conformidade com essas declarações” (CARLOS A. MOTA PINTO, *Teoria Geral do Direito Civil*, 3ª edição, p. 444), surgem como elementos essenciais a que deve recorrer-se para a fixação do sentido das declarações: "a letra do negócio, as circunstâncias de tempo, lugar e outras, que precederam a sua celebração ou são contemporâneas desta, bem como as negociações respectivas, a finalidade prática visada pelas partes, o próprio tipo negocial, a lei e os usos e os costumes por ela recebidos", ou noutras formulações (LUÍS A. CARVALHO FERNANDES, *Teoria Geral do Direito Civil*, Vol. II, 2ª edição, Lex, citada, pp. 349/350, e *Teoria Geral do Direito Civil*, II, Fontes, Conteúdo e Garantia da Relação Jurídica, 3ª edição, citada, pp. 416/417) “os termos do negócio, os interesses que nele estão em jogo (e a consideração de qual seja o seu mais razoável tratamento), a finalidade prosseguida, etc. (MANUEL DE ANDRADE, *Teoria Geral da Relação Jurídica*, II, p. 312, VAZ SERRA, *RLJ*, Ano 111, p. 220, ac. do STJ de 14 de Janeiro de 1997, *CJ/STJ*, Ano V, Tomo I, pp. 46 e ss, e ac. do STJ de 11 de Outubro de 2001, *CJ/STJ*, Ano IX, tomo III, pp. 81 e ss).

Este artigo consagra, na primeira parte, a denominada teoria da impressão do destinatário. Dele resulta que o sentido decisivo da declaração negocial é aquele que seria apreendido por um declaratório normal, ou seja, medianamente instruído e diligente, colocado na posição do declaratório real, em face do comportamento do declarante.

Como escreve MANUEL DE ANDRADE, na obra e local citado, pp. 311 e 312, “na interpretação dos negócios jurídicos prevalece (...) aquele sentido objectivo que se obtenha do ponto de vista do declaratório concreto, supondo-o uma pessoa razoável”.

Quanto às cláusulas contratuais ambíguas vale o mesmo regime interpretativo acolhido pela lei geral (artigo 237.º), novamente por expressa disposição do n.º 1 do art. 11.º da lei especial: As cláusulas ambíguas devem ser entendidas com o sentido que lhes atribuiria um aderente normal, colocado na posição do aderente real, tal-qualmente

se estabelece no dito art. 236.º, n.º 1, salvo quando, mediante aplicação dos princípios gerais sobre interpretação, à luz da “impressão do destinatário”, se não supere a ambiguidade, permanecendo dúvidas, sendo que, então, em desvio ao disposto no citado art. 237.º C. Civil, o n.º 2 do citado art. 11.º faz prevalecer o sentido interpretativo mais favorável ao aderente, em reconhecimento da posição de vantagem em que se encontra o predisponente no plano técnico e jurídico, sendo justo, como o exige a própria boa fé, que seja este a suportar as consequências da violação dos deveres de clareza e rigor dos quadros reguladores que elaborou.

Tenha-se ainda presente o disposto no artigo 238.º do Código Civil que prescreve:

“1. Nos negócios formais não pode a declaração valer com um sentido que não tenha um mínimo de correspondência no texto do respectivo documento, ainda que imperfeitamente expresso.

2. Esse sentido pode, todavia, valer, se corresponder à vontade real das partes e as razões determinantes da forma do negócio se não opuserem a essa validade.”

O acórdão recorrido foi buscar em seu apoio o decidido no acórdão do STJ de 29.03.2011, relatado pelo Cons. Alves Velho (e que subscrevi como adjunto), proferido no processo n.º

313/07.0TBSJM.P1.S1, no sítio do ITIJ, onde se sustentou que “uma invalidez absoluta e definitiva será, para um declaratório normal, um estado da pessoa que o deixa totalmente (completamente, sem restrição) incapaz, para o resto da vida, de exercer a sua actividade, designadamente a laboral, em termos de obtenção de meios de subsistência.”

E, no mesmo sentido, o acórdão do STJ de 22.01.2009, publicado na *CJ/STJ*, Tomo I, /2009, p. 78, onde se decidiu: “ Sendo o risco coberto, para além da morte, a invalidez absoluta definitiva, mesmo não havendo especificação do conceito dessa invalidez, o declaratório médio e medianamente sagaz, não pode deixar de entender que a mesma se refere a todo e qualquer trabalho que não apenas ao trabalho habitual do segurado”.

O acórdão recorrido concluiu, assim, perante os factos dados como provados e o contrato a que as partes se vincularam que, no caso, não se estava perante uma situação em que a autora tenha ficado numa situação de incapacidade permanente absoluta, seja por referência a um prejuízo funcional total (100%), seja, na consideração de estar impossibilitada de obter rendimentos do trabalho.

“Pelo contrário, a A, apesar de se encontrar incapaz para exercer a sua actividade profissional, apresenta uma incapacidade permanente geral de 80%, estando capaz, médico-legalmente, de realizar toda e

qualquer outra profissão que não exija conhecimento específicos e onde possa evitar a realização de esforços com a região do tronco ou região abdominal, não devendo realizar tarefas que exijam que se curve frequentemente ou que exijam que pegue frequentemente em pesos, e que possa efectuar várias alimentações diárias, necessidade que tem em virtude de ter realizado gastrectomia total.

E, a propósito, fez apelo à argumentação do acórdão do Tribunal da Relação do Porto, de 06-06-2013, referido, onde se disse: “É evidente que actualmente parte da população está desempregada e que objectivamente a situação de ser portador de uma IPP DE 80% e estar impedido de fazer esforços significativos torna ainda mais difícil a possibilidade de encontrar emprego, mas essa realidade sociológica não pode ser transportada para o mundo do direito, de forma a alterar o conceito jurídico de invalidez absoluta e definitiva que as partes aceitaram.

Entende-se, em consequência, que a situação de incapacidade demonstrada não preenche os pressupostos de inclusão na garantia da cobertura, da denominada “Invalidez Absoluta e Definitiva por Doença”.

No acórdão fundamento, partindo de idêntica fundamentação legal e jurisprudencial (o acórdão do STJ de 29.03.2011), conclui de uma forma que se apresenta como contraditória com a referida jurisprudência, com a qual diz concordar que é a de que «Uma invalidez absoluta e definitiva será, para um declaratório normal, um estado da pessoa que o deixa totalmente (completamente, sem restrição) incapaz, para o resto da vida, de exercer a sua actividade, designadamente laboral, em termos de obtenção de meios de subsistência» (sublinhados nossos).

Com efeito, em consequência da descrita doença, tratamentos a que foi sujeita e das sequelas de que ficou a padecer, “desde 31/07/2013 que a autora está, médico-legalmente e de forma irreversível, incapacitada de realizar a sua actividade profissional de costureira no posto de trabalho de termocolagem, estando no entanto, capaz, médico-legalmente, de realizar toda e qualquer outra profissão que não exija conhecimento específicos e onde possa evitar a realização de esforços com a região do tronco ou região abdominal, não devendo realizar tarefas que exijam que se curve frequentemente ou que exijam que pegue frequentemente em pesos, e que possa efectuar várias alimentações diárias...”.

A incapacidade absoluta e irreversível é apenas a incapacidade para o trabalho habitual, não podendo falar-se de idêntica irrestrita incapacidade para o trabalho em geral. E, nem mesmo a incapacidade declarada em termos de trabalho habitual é definitiva, uma vez que sujeita a revisão, só podendo falar-se de definitividade, perante uma decisão de cura, com uma incapacidade declarada para o trabalho,

total e definitiva.

Ora, se é verdade que para efeito de atribuição de pensão se atribuiu uma IPP de 80%, sujeita a revisão ao fim de 6 anos e, por isso, susceptível de variação futura, não pode daí extrair-se mais do que isso mesmo, a atribuição de uma incapacidade relativa de 80%, sujeita a reavaliação e, por isso não definitiva.

A incapacidade laboral para o trabalho habitual é definitiva (atento o que se deu como provado), e é evidente que isso implica a perda dos rendimentos desse trabalho, mas isso não pode transmudar-se em equiparação à incapacidade definitiva para todo e qualquer trabalho remunerado.

Isso corresponderia a ignorar a letra das cláusulas sobre os riscos cobertos pelo seguro contratado, onde se fala de invalidez absoluta e definitiva, que correspondeu à obrigação imposta aos mutuários de constituírem seguro de vida, a favor do mutuante para garantir em caso de morte ou invalidez o montante, em dívida, do capital e juros.

Ou seja, o seguro que a A. contratou visou, em primeira linha, a defesa do principal beneficiário e para este a morte ou a invalidez, equivalem-se sempre que isso signifique a perda de rendimentos que permitam o pagamento do capital e juros.

A A, por outro lado, poderia ter-se precavido, optando por assegurar a cobertura do risco por incapacidade total e permanente (ITP), uma incapacidade de grau menor mas que, no caso concreto, lhe poderia ter permitido obter o pagamento pela seguradora do montante em dívida.

Se não o fez, como o seu marido acabou por fazer mais tarde, só de si se pode queixar.

Como, em síntese, se afirma no acórdão recorrido, uma incapacidade absoluta e definitiva refere-se, segundo um declaratório normal, a uma incapacidade para todo e qualquer trabalho e para o resto da vida.

III. Pelo exposto, acordam em negar a revista excepcional, mantendo a decisão recorrida.

Custas a suportar aqui e nas instâncias pela recorrente.

[1] N.º 1019

Relator: Paulo Sá

Adjuntos: Garcia Calejo e Roque Nogueira

Roque Nogueira
