

Processo: 8223/17.7T8CBR.C1
Nº Convencional: JTRC
Relator: FALCÃO DE MAGALHÃES
Descritores: CONTRATO DE SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO DO RAMO VIDA
DEVER DE COMUNICAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS GERAIS
CLÁUSULAS PROIBIDAS

Data do Acórdão: 22-11-2022
Votação: UNANIMIDADE
Tribunal Recurso: JUÍZO CENTRAL CÍVEL DE COIMBRA DO TRIBUNAL JUDICIAL DA COMARCA DE COIMBRA

Texto Integral: S
Meio Processual: APELAÇÃO
Decisão: REVOGADA EM PARTE POR UNANIMIDADE
Legislação Nacional: ARTIGOS 15.º, 16.º, 21.º, ALÍNEA B), DO DECRETO-LEI N.º 446/85, DE 25-10
Sumário: I –No contrato de seguro de grupo não contributivo do ramo vida, cabe ao tomador do seguro, e não ao segurador, o dever de comunicar ao aderente as cláusulas contratuais gerais.

II – É abusiva uma cláusula geral que estabelece, como condição para que seja considerada a situação de invalidez total e permanente, que esta situação seja reconhecida por médico do segurador.

III – É nula a cláusula que impõe a obrigação de apresentação de atestado multiusos para definição da invalidez total e permanente.

Decisão Texto Integral:

Acordam no Tribunal da Relação de Coimbra:1

I - A) – 2«[...] I-RELATÓRIO

AA, casado, reformado, com o NIF ... e domicílio em Rua ..., intentou neste juízo central cível de Coimbra a presente acção de processo comum demandando:

F..., S.A, NIPC ..., com sede Largo ...,, Portugal,

E T..., S.A., anteriormente denominada de S... SA, NIPC ..., com sede em Complexo Industrial ... lugar e freguesia ...,

pretendendo:

- a) seja reconhecido e declarado válido e eficaz, relativamente ao autor, o contrato de seguro de grupo do Ramo Vida, titulado pela apólice nº ..., em vigor à data da sua adesão;
- b) se considerem excluídas do contrato as cláusulas ou partes de cláusulas não comunicadas ao autor e que, entre outras, constituam obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, nomeadamente a alínea b) da definição de invalidez total e permanente constante do artigo 1º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013 e onde tal obrigação passou a ter consagração contratual, por violação do DL nº 446/85, de 25 de Outubro (CCG);
- c) se considerem excluídas do contrato, a cláusula de exclusão constante do ponto 8, do Artigo 3º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013, não comunicada ao autor e que exclui da cobertura complementar doenças do foro psíquico ou psiquiátrico, por violação do disposto no DL 446/85 de 25 de Outubro, (CCG);
- d) Independentemente da falta de comunicação da obrigatoriedade de

apresentação de Atestado Multiusos e da exclusão da Cobertura Complementar de doenças do foro psíquico ou psiquiátrico, sempre os segmentos das cláusulas a elas correspondentes devem considerar-se nulas, porque proibidas, uma vez que violam o princípio da boa-fé, que deve conformar os contratos e constituem manifesto abuso de direito; assim como e por violação de iguais princípios, conformadores dos contratos, igualmente se deve ter por nula e excluída, a exigência de apresentação de Atestado Multiusos e a sua conjugação com a exclusão de doenças do foro psicológico ou psiquiátrico quando na sua sequência, sejam abrangidas doenças de foro neurológico.) sejam as rés seguradora e tomadora condenadas, solidariamente, no pagamento ao autor e nos termos do contrato que lhe é aplicável constante da apólice ..., resultante da sua incapacidade para o trabalho, na quantia de capital de € 97.492,50 (noventa e sete mil quatrocentos e noventa e dois euros e cinquenta cêntimos) correspondente a 42 vezes o salário base à data do evento, a que acresce valor correspondente aos juros de mora vencidos e vincendos, calculados à taxa legal, que à data da propositura se traduzem em 4% ao ano, contabilizados sobre aquela referida quantia de capital, desde a data de constituição em mora, 22/07/2016, e até efectivo e integral pagamento.

Alega em síntese:

- que a 1ª e 2ª rés, na veste de seguradora e tomadora, respectivamente, outorgaram contrato de seguro de Grupo Ramo Vida, a que o autor, na qualidade de trabalhador da 2ª ré aderiu, mediante preenchimento de boletim de participação, a 5 de Fevereiro de 1992;
- tal boletim foi assinado no gabinete do seu superior hierárquico, que o chamou para o efeito, sem que tivesse sido entregue cópia do contrato de seguro, ou transmitido qualquer explicação- que remeteu para o Manual da Empresa-, nomeadamente quanto às cláusulas que regulavam atribuição de compensação em caso de morte e de invalidez, correspondentes requisitos técnicos e procedimentais necessários; limitou-se, como demais colegas de trabalho, a subscrever o boletim de adesão, nos exatos termos em que lhe foi indicado fazê-lo, ou seja, a nele apor a respetiva identificação sumária, quais os beneficiários em caso da sua morte, data de início e descrição sintética de enfermidades;
- subscreveu-o convicto que se tratava de um seguro semelhante ao que até então tinha estado em vigor na empresa, mas celebrado com outra seguradora; aquando da adesão, o seu conhecimento sobre o mesmo e respetivas cláusulas, bem como da generalidade dos seus colegas de trabalho, circunscrevia-se unicamente à obtida pela leitura do Notícias S... SA II série, de Outubro de 1988 e Manual da Empresa, Edição de 11.04.91 (em vigor à data da subscrição do Boletim de Participante, uma vez que, desde a sua emissão e até à data da indicada subscrição, nenhuma outra Emissão tinha sido redigida, em sua substituição); ora, nesse Manual, no Capítulo IX, ponto 6.4 e 6.5 quanto ao risco de Invalidez, lê-se: “ Considera-se Incapacidade Total e Permanente sempre que o trabalhador se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão, ou qualquer outra atividade lucrativa, de acordo com os seus conhecimentos e aptidão. ”, “ Uma Pessoa Segura, na situação de Incapacidade Total é reconhecida

como sendo atingida de uma Invalidez Total e Permanente, desde que se verifiquem, simultaneamente as três condições:

- A sua incapacidade total se mantenha sem interrupção por um período de, pelo menos, seis meses, a contar do dia em que foi constatada pelo médico da companhia de seguros que contratou a cobertura; este período mínimo de seis meses poderá ser alargado para dois anos se a incapacidade é resultante de alienação mental, ou perturbações psíquicas;
 - O carácter permanente desta incapacidade deve ser atestado por um certificado médico aceite pelo médico da Companhia de Seguros que contratou a cobertura. Este certificado deve precisar nomeadamente que não é de esperar da continuação do tratamento médico em curso melhoria do estado de saúde da Pessoa Segura;
 - Pelo facto da sua incapacidade total e permanente a Pessoa Segura é atingida de uma diminuição de rendimento igual ou superior a dois terços.” Ademais,” Em caso de incapacidade total permanente ou morte o trabalhador ou os seus herdeiros ou beneficiários indicados no Boletim de Inscrição, respetivamente, tem direito a 42 vezes o salário base à data do evento, com um mínimo de 5.500.000\$00.
- E resulta desse Manual, que reproduz as condições estipuladas na apólice em vigor, que o autor, ou qualquer outro colega de trabalho subscritor do Boletim de Participante, se ficasse incapaz para o exercício da sua profissão, tinha o direito de receber o capital seguro desde que, consequência da sua incapacidade (estabelecida pela Comissão de Verificação de Invalidez), ficasse impossibilitado de angariar, pelo seu trabalho, rendimento igual ou inferior a 1/3 relativamente aquele que e até à sua incapacidade, estava apto a obter.- Comissão de Verificação das Incapacidades Permanentes da Segurança Social – única entidade, à data, como ainda hoje, com competência legal em Portugal para o efeito – cuja avaliação da situação clínica dos doentes faz com o enquadramento jurídico determinado pelo Dec. Lei 187/2007 e em particular o seu artigo 14.
- Não participou, nem foi convidado a participar, por qualquer uma das rés, na discussão e redacção das Cláusulas do contrato de seguro, titulado pela Apólice ..., cuja cópia também nunca lhe foi facultada; não participou, nem foi convidado a participar na discussão e na redacção de respectivas Cláusulas e Atas Adicionais, ou quaisquer outras alterações contratuais, anteriores, ou posteriores à subscrição do referido Boletim de Participante
 - cuja existência e conteúdo, quer prévio à sua confirmação, quer posterior à sua outorga, nenhuma das Rés lhe deu a conhecer ou facultou cópias, ao longo de todo o período em que foi trabalhador; sendo apenas conheceu o seu conteúdo em meados do presente ano, na sequência de informação e cópias que obteve do seu aqui mandatário; nunca o informaram do exacto conteúdo das cláusulas contratuais nem de quaisquer alterações a estas ou sequer lhe entregaram cópia das condições contratuais do ajuizado contrato e alterações.- nomeadamente as alterações verificadas em 2013;
 - Na decorrência do agravamento do seu estado clínico - mormente por anomalias decorrentes do exercício profissional, após um período de baixa médica concedido a 30-07-2014, pela médica assistente, dado o agravamento da sua saúde, não estando apto a trabalhar, foi por esta

considerado definitivamente inapto para o trabalho, tal como se verifica dos relatórios médicos carreados sob doc. ...3 e e logo aconselhado a submeter-se a intensivo tratamento de recuperação e a requerer a aposentação por invalidez- o que fez no início do mês de Novembro de 2014 junto da Segurança Social, entregando os elementos clínicos; e em Janeiro de 2015, o Instituto de Segurança Social IP- Centro Nacional de Pensões, por ofício datado de 20-1-2015 notificou o autor de que o seu reqº de pensão tinha sido deferido e que se encontrava reformado por invalidez relativa, cf. Doc. ...4;

- accionando o seguro junto da 1ª demandada, facultando comunicação de atribuição de pensão de invalidez (cf. Doc. ...4), e relatório do médico assistente Dr. BB, em impresso facultado pela ré seguradora de avaliação de incapacidade- não foram pedidos outros elementos ou relatórios que tivessem instruído o processo de reforma junto da segurança social, mas por carta de 16 de Novembro, de 2015, a S... SA apenas requer cópia do atestado de incapacidade multiusos – pedido que não satisfaz por entender não ser exigível a sua apresentação e ilegítima tal exigência pois não tinha consagração aquando da adesão, desconhecendo até então essa exigência, sendo arbitrária e abusiva;

- solicitou à 1ª ré, por comunicação de 10 de Março de 2017, a conclusão do processo e pagamento do capital, comunicação que reiterou por carta de 19 de Abril de 2017;

- na formulação de 2013, a seguradora e tomadora condicionam a incapacidade de exercício da profissão, ou de qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões, a que seja previamente reconhecida pela Segurança Social e corresponda também a um grau de desvalorização igual ou superior de 2/3, determinado de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, tal como se verifica da alínea b) do conceito invalidez total e permanente constante do artigo 1º das Condições Gerais (Definições) da versão ou reformulação 31 de Janeiro de 2013 (Cfr doc ...); ora, o atestado multiusos apenas determina a incapacidade da pessoa sujeita a avaliação pelos critérios estabelecidos na Tabela Nacional de Incapacidades, relevante para obtenção de benefícios fiscais e cartão de deficiente motor, mas em nada, porém, se relaciona com a incapacidade do sujeito avaliado para o trabalho normal, da sua atividade profissional;

- Somente as Comissões de Verificação das Incapacidades Permanentes, as Comissões de Recurso e os Médicos relatores, são entidades competentes para a verificação da incapacidade para atribuição das pensões de invalidez e determinação de perda de ganho, tal como consta do Dec Lei 329/93 de 25 de Setembro, artigo 64; Dec Lei 360/97 de 17 de Dezembro, artigo 3; e Dec Lei 187/2007 de 10 de Maio, artigo 64º e o autor foi sujeito a uma dessas Comissões de Verificação das Incapacidades Permanentes, que deliberou considerá-lo incapaz para a sua profissão por comunicação de 10.07.2014 e lhe determinou uma Invalidez Relativa, conforme consta do doc.... junto;

- Não se analisa se o Segurado foi ou não bem aposentado, se padecia ou não das doenças que indica, se os relatórios apresentados são ou não

suficientes para poder avaliar a sua situação clínica e se estão bem ou mal estruturados e fundamentados – a esse respeito a Seguradora nada disse; não pediu um qualquer esclarecimento; não pediu um qualquer relatório médico, para além dos que lhe foram entregues; não pediu que o Autor se sujeitasse a exames complementares...

- constata-se ainda- da análise das versões do contrato de seguro - a que teve acesso, por intermédio do mandatário, que a ré seguradora passou a excluir as doenças de foro psicológico e psiquiátrico;
- exigência (de certificado) e alteração de exclusão que, contrariamente ao que estavam obrigadas, nos termos do disposto nos artigos 5 das Cláusulas Contratuais Gerais e 78 do DL 72/2008, nunca foram comunicadas ao autor, assim como a demais colegas de trabalho e que, até 31.01.2013, não tinham sequer enquadramento no contrato de seguro em causa;

- sofre a autor de doença do foro neurológico, que só por si o incapacita para o trabalho (Doc....2), assim como o incapacitava à data da sua aposentação, Cfr Doc. 13 e ...-, situação sem enquadramento próprio no DL 352/2007, como o não tem, aliás, qualquer outra doença do foro neurológico; na ausência desse enquadramento, quando no âmbito de uma avaliação em sede de Atestado Multiusos surge um avaliado que sofre de problemas de índole neurológica, esta componente é integrada e avaliada nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades - circunstância que levaria a ré seguradora a não aceitar, no âmbito da reformulação do contrato de 2013, tal como o prevê o artigo 3 nº 8 das Condições Particulares (Cfr doc. ...1), a percentagem determinada à referida doença do foro neurológico do autor, mesmo que esta avaliasse a sua incapacidade para o trabalho- como já sucedeu em casos semelhantes ao do autor- i.é, a avaliação feita em sede de Atestado Multiusos, com a matriz da Tabela Nacional de Incapacidades, porque não incide na vertente da incapacidade para o trabalho, não retrata, nessa perspetiva, a incapacidade dos avaliados.

- assim, a F..., S.A, mesmo que em tal sede os segurados obtenham 66,66% de incapacidade, desde que composta de percentagem conexada com a Psiquiatria (Capítulo X), não a aceita- o que exclui de compensação um grande número de seus trabalhadores que trabalham por turnos e que, na casa dos 50 anos de idade, com o decorrer de muitos anos a trabalhar, ininterruptamente, nesse regime, passaram a sofrer de graves e permanentes perturbações no sono- doença crescente entre os funcionários da S... SA

- empresa de laboração contínua e que por isso desde que fundada, há mais de trinta anos, labora em regime de turnos – e do conhecimento generalizado, quer da sua Administração, quer da Seguradora, com o aumento sensível de casos, tanto mais que é o corpo clínico da companhia quem, em vários deles, prescreve medicamentos para forçar o sono e consequente repouso e determina a realização de exames externos de diagnóstico da doença.

- o autor nasceu a .../.../1958, tendo 56 anos à data da sua aposentação e auferia, à data, uma remuneração mensal, paga pela segunda ré, sua entidade patronal, de € 2.321,25; após ter sido aposentado por Invalidez o

autor requereu, junto da ré seguradora, Coimbra - Tribunal da Relação nos termos do contrato de seguro dos autos, titulado pela apólice ...39, o pagamento do capital seguro, apenas enviando à Seguradora a comunicação da Segurança Social, junta como Doc. ...4 e o relatório do Médico Assistente, junto sob o doc- a qual aceitou os documentos apresentados pelo autor, não impugnou nenhum, nem solicitou qualquer outro, não indicando nenhum médico para reconhecer a afectação do autor a uma invalidez relativa, nem o convocou para ser examinado por um médico seu- apenas o informou que, e para análise da viabilidade do seu pedido de recebimento do capital, garantido pelo contrato de seguro, era indispensável a apresentação de um Atestado Multiuso

- mesmo se entendesse que alguma das patologias graves e permanentes de que padece o autor são de foro psiquiátrico e psicológico, o que não se concede, o certo é que as rés não cumpriram os deveres de comunicação e de informação a que estavam obrigadas, pelo que tal clausula de exclusão contratualmente prevista, e bem assim, a de exigibilidade contratualmente prevista do atestado multiusos, são nulas, e deverão ter-se por excluídas do ajuizado contrato; ademais são ainda nulas, porque proibidas, uma vez que violam o princípio da boa-fé, que deve conformar os contratos e constituem manifesto abuso de direito; bem como, por violação dos princípios conformadores dos contratos.

Termina, assim, pugnando que se julgue a acção procedente, com as consequências daí decorrentes.

Devidamente citada, a ré seguradora defende-se, além do mais,

-excepcionando o não devido accionamento da apólice, por incumprimento pelo autor da apresentação do Atestado Multiuso, e a exigibilidade de tal requisito - para que o médico da seguradora pudesse aferir do seu teor e se pronunciar sobre a verificação real de uma incapacidade enquadrada na apólice- refutando ter havido, nesse particular uma alteração contratual;
- e bem assim, a não legitimação do autor relativamente à negociação das alterações contratuais de 2013- efectivamente negociadas pelas partes com legitimidade para tal: segurado/tomador e seguradora; ademais e se as doenças do foro psíquico e psiquiátrico passaram a ser excluídas com as alterações de 2013, não percebe sequer por que foram invocadas;
- assaca ao tomador do seguro o dever de informar os segurados sobre o conteúdo dos contratos de seguro, bem como das suas alterações, competindo-lhe de resto o ónus de provar que o fez, sendo que o dever de informar do segurador só existe se e quando o segurado lho solicitar;
- sublinha que dos elementos por ele reconhecidamente recebidos, decorre que o autor tomou conhecimento de que só há incapacidade total e permanente “sempre que o trabalhador se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade lucrativa de acordo com os seus conhecimentos e aptidões” e ainda que “para o efeito de reconhecimento de incapacidade total esta deve ser verificada por um médico da Companhia de Seguros”- ora, invalidez que o autor invoca – invalidez relativa – além de não se enquadrar ao conceito de invalidez que foi contratada, não foi apurada nem reconhecida por um médico da Seguradora;
- outrossim, quando participou a sua situação de invalidez e quando cessou

o contrato de trabalho, não reunia o autor as condições contratualmente previstas para beneficiar do seguro: só a incapacidade absoluta do artigo 15.º do DL 187/2007 incapacita definitivamente, e não apenas para a profissão que vinha tendo, mas para toda e qualquer profissão ou trabalho, que é aquela que está estipulada na apólice e no manual.

- após ter recebido a participação, accionou o seguro por invalidez total e permanente por doença: analisou a documentação junta e solicitou - o que a apólice lhe confere - documentos que entende necessários (no caso, que o autor enviasse o atestado médico de incapacidade multiuso, a fim de saber qual o grau de incapacidade do autor): não só a apólice lhe confere tal direito (invalidez reconhecida por médico da seguradora, artigo n.º 2 da Condição Especial da apólice), como tal se mostraria mesmo indispensável para verificar se ocorria uma perda de capacidade de ganho superior a 2/3 (cf. artigo 2.º, n.º 3 da Condição Especial) no exercício da sua profissão ou de qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões; informou sempre que após 180 dias sem o envio do Atestado Multiuso, o processo seria encerrado, declinando, assim, o sinistro; o Certificado Multiusos não existia à data da contratação mas estava previsto na apólice que a invalidez tinha de ser reconhecida por médico da seguradora e que tinha de ser uma incapacidade para exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada igual ou superior a 2/3; e nas condições gerais, no artigo 7.º, titulado “Condições de Exigibilidade das Importâncias Seguras”, no n.º 4, diz-se, textualmente: “o Segurador reserva-se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entenda convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão as suas responsabilidades”; e no Manual diz-se: “o carácter permanente da incapacidade deve ser atestado por um certificado medico **aceite pelo médico da Companhia de Seguros que contratou**”;

- não conseguiu até agora apurar em concreto as patologias incapacitantes, por falta de colaboração do autor e nessa medida convida o autor para uma perícia médico-legal, a fim de o INML apurar a sua incapacidade à data em que obteve a incapacidade relativa.

Termina como tal, pugnando que se julgue a presente acção improcedente, com a consequente absolvição da ré, quanto ao pedido.

Do mesmo modo regularmente citada, veio a segunda ré, tomadora, oferecer contestação na qual, além do mais,

- excepçiona falta de legitimidade da ora ré, porquanto o ajuizado contrato de seguro não prevê qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária da ora ré;

- e subsequentemente, por impugnação: que o ajuizado seguro correspondeu a uma sua liberalidade, que não tinha qualquer responsabilidade na análise e decisão de qualquer pedido, e que o Manual da Empresa não dispensava a consulta junto da Seguradora das condições exaustivas da apólice, sendo portanto, de todo infundado o entendimento do autor sobre ter um conhecimento incompleto ou insuficiente do ajuizado contrato de seguro; acresce, o dever de informação é sempre, e em primeira linha, da 1ª ré seguradora, e, como tal, só à 1ª ré poderá ser assacada a responsabilidade de indemnizar o autor por eventual

incumprimento de tal dever de comunicação e de informação;

Termina, assim, pugnando que se julgue a acção improcedente, com a consequente absolvição da ré do pedido.

Procedeu-se a audiência prévia, tendo o autor respondido a tal excepção, pugnando pela sua improcedência (cf. acta da audiência prévia sob ref^a Citius: 77769064 de 25/06/2018). Houve de seguida prolação de despacho saneador, no qual foi julgada improcedente a arguida excepção de falta de legitimidade da segunda ré, e bem assim, emitido despacho de delimitação do objecto do litígio e enunciados os temas da prova.

Apreciados os meios probatórios oferecidos, realizaram-se as diligências instrutórias antecipadas requeridas pelas partes, em particular a perícia médico-legal realizada ao autor pelo INML, cujo relatório do exame médico-legal consta dos autos sob ref^a Citius, e em relação ao qual houve prestação por escrito de esclarecimentos, cf. ref^a 5405488 de 18-11-2019. [...]]».

B) - Prosseguindo os autos os seus ulteriores termos, teve lugar a audiência final e, em 4/4/2022, veio a ser proferida sentença pelo Juízo Central Cível de Coimbra, na parte **dispositiva da qual se consignou o seguinte:**

«[...] julgo a presente acção parcialmente procedente, por parcialmente provada, e consequentemente:

i) Absolvo a ré N..., S.A. do pedido:

ii) Declarar válido e eficaz, relativamente ao autor, o contrato de seguro de grupo do Ramo Vida, titulado pela apólice n.º ..., em vigor à data da sua adesão;

iii) Julgo excluído do contrato, as cláusulas ou partes de cláusulas não comunicadas ao autor e que, entre outras, constituam obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, constante do art. 8.º, n.º2.2, al. c) e al. b) da definição de INAVLIDEZ TOTAL E PERMANENTE constante do art. 1.º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013 e onde tal obrigação passou a ter consagração contratual;

iv) Considero excluído do contrato, a cláusula constante do ponto 8) do art. 3.º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013, e que exclui da Cobertura Complementar doenças do foro psíquico ou psiquiátrico, e nesta decorrência,

v) condeno a ré F..., S.A no pagamento ao autor da quantia de capital de € 97.492,50 (noventa e sete mil quatrocentos e noventa e dois euros e cinquenta cêntimos) correspondente a 42 vezes o salário base à data do evento, a que acresce valor correspondente aos juros de mora vencidos e vincendos, calculados à taxa legal, que à data da propositura se traduzem em 4% ao ano, contabilizados sobre aquela referida quantia de capital, desde a data de constituição em mora, 22/07/2016, e até efectivo e integral pagamento.

vi) Custas da acção pela ré seguradora na parte referente a ré F..., S.A; sendo as custas da acção na parte referente à ré T..., S.A. a suportar pelo autor – cf. arts. 527º, do CPC. [...]]».

*

C) – 1) - Inconformada com tal sentença, dela Apelou a Ré F..., S.A, que, a

finalizar a sua alegação de recurso, apresentou as seguintes conclusões:
«I - O dever de informação recai sobre o tomador de seguro (co-ré T..., S.A.), exclusivamente sobre ele, por estarmos perante um contrato de vida grupo, com carácter não contributivo, com apenas duas partes contratantes, em que os aderentes são meros segurados beneficiários duma regalia oferecida pelo tomador do seguro.

II- Aplica-se aos autos o que diz o artigo 4.º do DL 176/95 de 26 de Julho, “nos seguros de grupo, o tomador do seguro deve obrigatoriamente informar os segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorrem neste âmbito, em conformidade com um espécimen elaborado pela seguradora”. Os artigos 77.º e 78.º da Lei do Contrato de Seguro (DL72/2008) contém a mesma estatuição legal.

III- O “ónus da prova de ter fornecido as informações referidas no número anterior compete ao tomador do seguro”.

IV- Mesmo que estivéssemos perante um contrato de adesão não contributivo entre a T..., S.A. e a Seguradora, o dever de informar continuava a ser do tomador, por força da lei especial do contrato de seguro de vida grupo, que sobreleva o contrato de adesão (DL 446/85), por ser norma especial e por lhe ser posterior no tempo.

V- A apólice dos autos não é um contrato de adesão porque foi negociada especiosamente pela T..., S.A. e pela seguradora de acordo com os objectivos que aquela tinha para a incluir no âmbito da gestão de recursos humanos; as próprias cláusulas da apólice mostram que não obedece ao figurino de uma apólice pré-formatada que é apresentada pelo predisponente para que a outra parte se limite a aderir; também as alterações foram negociadas especificamente. VI- Nenhuma parte da matéria de facto dada como provada permite extrair a conclusão de estarmos perante um contrato de adesão e, assim sendo, terá que ser incluído um ponto na matéria de facto a dizer que a apólice dos autos não é um contrato de adesão.

VII- A ré T..., S.A., como tomador do seguro, cumpriu o dever de informação, por ter comunicado os elementos essenciais do contrato; Num seguro de vida grupo não contributivo em que nem sequer a obrigação contratual de informar existe para com os aderentes, cumpre-se dever de informação aos beneficiários quando se comunica o essencial da garantia do contrato, as exclusões e os procedimentos a adoptar.

VIII- Mesmo que o contrato fosse de adesão as cláusulas que definem a garantia da apólice, máxime, a definição e condições de verificação da invalidez absoluta permanente, tais cláusulas são válidas e não abusivas. Ad majori ad minus, se o contrato não for de adesão.

IX- Também a cláusula que estipula que a verificação da incapacidade prevista na apólice é feita por médico da seguradora e que em caso de dissenso cada parte nomeia um perito que por sua vez poderão nomear um terceiro, é cláusula válida e não abusiva, que foi negociada em 1992, no contrato inicial.

X- X- Esta cláusula não é abusiva porque estamos perante um contrato que não é de adesão, como tal sujeito à vontade das partes, ou seja, porque duas empresas que assim o quiseram e porque contém uma

solução arbitrada para os casos em que há desacordo entre as partes.

XI– Nos autos, o INML apurou uma incapacidade para profissão no trabalho por turnos e uma incapacidade de ganho de 29% para qualquer profissão ou actividade, quando a apólice exige uma incapacidade de ganho superior a 2/3 (66,6%).

XII– Face a este apuramento não se encontram preenchidos os requisitos contratuais estabelecidos na apólice, por a incapacidade total e permanente não ser completa e definitiva de exercer a sua profissão nem de exercer qualquer outra actividade remunerada compatível com o seu grau de conhecimentos e aptidões. Esta garantia foi contratada e manteve-se na apólice desde o início em 1992.

XIII– Um documento da Segurança Social que declara que uma pessoa se reformou por invalidez relativa a partir de uma determinada data, diz apenas isso e vale entre o subscritor segurança social e o beneficiário. Este documento, mesmo para a Segurança Social, vale como reforma relativa, sem dizer o grau desta (o documento não o diz) e com carácter não permanente (por decorrência da legislação da segurança social). Logo, mesmo que valesse fora da segurança social não cumpria as exigências da apólice.

XIV– Ademais, as partes são livres de contratar livremente, de acordo com a sua vontade, respeitados que sejam os ditames legais. Quando num contrato privado estipulam que uma invalidez deve ter estes aqueles conteúdos para que a invalidez seja total e definitiva, são estes conteúdos e contornos que devem ser verificados pelas partes contratantes, apenas por elas, independentemente do que entidades alheias entendam sobre aquele conceito. De aí que o conceito de invalidez absoluta e permanente ou o conceito de invalidez relativa, válidos para a segurança social, valem apenas para si e para as relações que tenha com os seus beneficiários.

XV– a apólice dos autos não é um contrato de adesão, porque não foi pré-formatada pelo predisponente, com vista a uma mera aceitação ou recusa por parte do tomador, mas sim um contrato entre duas grandes empresas, intermediado por uma empresa de mediação de seguros, que negociou de acordo com os interesses do seu mandante, o tomador.

XVI– O ponto 57 deve ser acrescentado com “... E promover uma gestão de recursos humanos que visasse recrutar com mais facilidade, com motivação, enfim, um instrumento de gestão, por se estar a conceder benefícios e vantagens suplementares ao ordenado”.

XVII– ao ponto 58 deve ser retirada a palavra “obrigatoriamente”.

XVII – O ponto 59 deve ser retirado da matéria de facto ou substituído por: “o certificado multiuso foi incluído na apólice nas alterações contratuais de 2013”.

XIX– Devem ser retiradas as conclusões expressas em 52, 53, 54, 55 e 56, por se tratar de matéria de direito.

XX– A reforma por invalidez, seja de que tipo for, conferida pela segurança social vale entre a segurança social e o seu beneficiário, não entre si terceiros m que estabeleçam entre si contratos. No caso dos autos, reforma por invalidez conferida pela segurança social é condição necessária para que os serviços da seguradora verifiquem se os requisitos previstos na apólice se verificam, não sendo por isso condição suficiente.

XXI– Assim, face às conclusões a sentença deverá ser revogada.~pores de recurso [...]».

*

2) – A Ré T..., S.A. (anteriormente denominada de N..., S.A.), na resposta que apresentou à alegação de recurso, pugnou pela improcedência deste e pela confirmação da decisão recorrida;

3) – O Autor, na resposta que apresentou à alegação de recurso, defendeu que a impugnação da matéria de facto não pode ser objecto de análise, já que não cumpre o consignado no artigo 640 do CPC, pois que a Recorrente, não indica nenhuns factos, nem transcrições de testemunhos, que determinem decisão diferente. De todo o modo, sustentou que o recurso deveria ser julgado improcedente, confirmando-se a decisão recorrida.

*

II - Em face do disposto nos art.ºs 635º, nºs 3 e 4, 639º, nº 1, ambos do (novo) Código de Processo Civil³, o objecto dos recursos delimita-se, em princípio, pelas conclusões dos recorrentes, sem prejuízo do conhecimento das questões que cumpra apreciar oficiosamente, por imperativo do art.º 608º, nº 2, “ex vi” do art.º 663º, nº 2, do mesmo diploma legal. Não haverá, contudo, que conhecer de questões cuja decisão se veja prejudicada pela solução que tiver sido dada a outra que antecedermente se haja apreciado, salientando-se que, “questões”, para efeito do disposto no nº 2 do artº 608º do NCPC, são apenas as que se reconduzem aos pedidos deduzidos, às causas de pedir, às excepções invocadas e às excepções de que oficiosamente cumpra conhecer, não podendo merecer tal classificação o que meramente são invocações, “considerações, argumentos, motivos, razões ou juízos de valor produzidos pelas partes”⁴ e que o Tribunal, embora possa abordar para um maior esclarecimento das partes, não está obrigado a apreciar.

Assim, as questões a solucionar no presente recurso, consistem em saber:

- Se é de proceder à alteração da matéria de facto em que se fundou a sentença recorrida;
- Se está correcta a decisão de julgar a acção parcialmente procedente, nos termos decididos pelo Tribunal “a quo”.

*

III – Fundamentação:

A) - A matéria de facto fixada pela 1ª Instância.

Na sentença da 1.ª Instância, no que concerne aos factos que aí se entenderam como provados e à factualidade que se considerou como não provada, consignou-se o que se passa a transcrever:

«São factos provados:

1- Outorgaram a ré F..., S.A na qualidade de Seguradora e a ré T... S.A. (anterior S... SA), na qualidade de segurada tomadora, um contrato de seguro de grupo, do Ramo Vida, titulado pela apólice nº ..., com início de produção de efeitos a 01.01.1992. subordinado às condições gerais, particulares e especiais juntas como doc. nº...0 com a petição inicial, de entre as quais se destacam as seguintes:

-Nos termos do art. 7º das condições gerais "as importâncias seguras só poderão tornar-se exigíveis após a apresentação dos seguintes documentos: (...) risco de invalidez – atestado detalhado, passado por médicos que tratam e/ou trataram a pessoa segura, indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e provável duração do estado de invalidez.

-Nos termos do art. 2º das condições especiais “entende-se por invalidez total e permanente o estado que incapacite a pessoa segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões”. Para que seja considerada essa invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições:

1. Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas.

2. Reconhecimento pelo médico do segurador de que a pessoa segura está afetada uma invalidez total e permanente.

3. Perda definitiva da capacidade de ganho superior a 2/3.

(art.1º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob A)).

2- Contrato pelo qual a então S... SA transferiu para a Seguradora F..., S.A, mediante pagamento de uma remuneração, o risco da verificação de um dano na esfera jurídica de qualquer um dos seus trabalhadores do quadro (sendo estes os beneficiários), desde que subscritores de correspondente Boletim de Participante. (art.2º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob B)).

3- 3- A ré F..., S.A assumiu a obrigação de pagamento do capital seguro, em caso de morte (cobertura principal), ou invalidez total e permanente (cobertura complementar) de qualquer um dos trabalhadores efectivos da S... SA, compensação correspondente a 42 salários base do trabalhador em causa, com um limite mínimo de 5.500.000\$00 (cinco milhões e quinhentos mil escudos). (art.3º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob C)).

4- Os riscos seguros, com o dito contrato foram e são os riscos de Morte, de Vida e de Invalidez dos trabalhadores do quadro da S... SA. (art.8º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob D)).

5- Nos termos do referido contrato consagrava-se, quanto à cobertura complementar de invalidez total e permanente por doença (condições especiais), que se encontra em estado de invalidez total e permanente o beneficiário que esteja incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões, sendo que “Para que seja considerada essa invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições: 1. Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbação psíquica. 2. Reconhecimento

pelo médico da Seguradora de que a pessoa segura está afectada duma invalidez total e permanente. 3. Perda definitiva de capacidade de ganho superior a 2/3. (art. 2º)” - Incapacidade que se traduz numa perda definitiva de capacidade de ganho igual ou superior a 2/3. (art.4º e 5º da petição inicial)- facto com arrimo documental- doc. ... - REFª: 28090067 e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob E).-

6- O contrato de seguro Ramo Vida, titulado pela apólice nº ..., ainda hoje se mantém em vigor (à data de entrada da presente acção em juízo), sendo a ré S... SA/T..., S.A. quem assumiu, desde sempre, a obrigação de pagamento dos prémios deste contrato. (art.6º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob F)).

7- O Autor, a 01 de Maio de 1983, celebrou com a ré S... SA contrato subordinado de trabalho e integrou o seu quadro de efectivos a partir de 01 de Maio de 1983, tendo-se mantido seu trabalhar até 09 de Fevereiro de 2015, tal como consta do certificado de trabalho que é doc. ... da p.i... (art.9º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob G)).

8- No dia 05 do mês de Fevereiro de 1992 o autor subscreveu, um Boletim de Participante, relativo à sua integração no contrato de seguro ramo vida, constante da indicada Apólice ..., emitido pela ré F..., S.A, com início de vigência, relativamente ao autor, a 01 de Janeiro de 1992, tal como consta do indicado Boletim, constante como doc. ... do reqº REFª: 28090067/doc. ... da pi (art.10º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob H)).

9- Em 31/01/2013, cf. doc. 4 e 5 do reqº REFª: 28090067 da pi, as rés alteraram a apólice nº ... ao qual aderiu o autor, passando as condições gerais e particulares a serem as constantes, nomeadamente:

-Nos termos do art. 1º das Condições Gerais, para efeitos do contrato de seguro em apreço, considera-se Invalidez Total e Permanente “a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

- a) a pessoa segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;
- b) corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor à data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré- existentes;
- c)-seja reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica”;

-Nos termos do art. 3.1.b) das condições particulares, o contrato de seguro abrange a garantia de invalidez Total e Permanente por doença de «grau de desvalorização igual ou superior a 2/3 por doença ocorrida

durante a vigência da adesão»;

-Nos termos do artigo 3.2.b) das Condições Particulares, "...as garantias cessam os seus efeitos nas seguintes condições: (...) cessação do vínculo com o tomador do seguro ou reforma da Pessoa Segura." ;

-Nos termos do artigo 3.8 das Condições Particulares "...estão excluídos os sinistros de invalidez decorrentes de doenças do foro psicológico ou psiquiátrico.";

-Nos termos do disposto no artº 8º, nº 2, 2.2, al. c) 2) das Condições Gerais, em caso de sinistro a pessoa segura está obrigada, além do mais:

- - a entregar ao Segurador um Atestado Médico de Incapacidade Multiusos;

- - a enviar a médico designado pelo Segurador do relatório do médico assistente que indique as causas, a data de início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração. A divergência entre o médico da Pessoa Segura e o médico do Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes. (Teor da acta adicional 1/2013- (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob I)).

10- O Autor nasceu a .../.../1958, tendo 56 anos à data da sua aposentação facto com arrimo documental - doc. ...3 da pi- , cf. factos assentes enunciados anteriormente sob R)).

11- Auferia, à data da aposentação, uma remuneração mensal, paga pela segunda Ré, sua entidade patronal, de € 2.321,25. (facto com arrimo documental – doc. ...4- e aceite por acordo, cf. factos assente enunciado anteriormente sob R), 2ª parte, constituído por recibos de remunerações correspondente ao mês de Julho de 2014).

12- O autor, tal como os seus colegas trabalhadores da S... SA, não interferiu, não participou, nem foi convidado a participar, por qualquer uma das rés, na discussão, negociação e redação das Cláusulas do contrato de seguro, titulado pela Apólice ..., ou de quaisquer suas alterações contratuais, anteriores, ou posteriores à subscrição do Boletim de Participante (art. 20º a 22º da petição inicial),

13- Cláusulas, actas e ou alterações contratuais, cuja existência e conteúdo, prévias à adesão do autor, ou posteriores à mesma, nenhuma das rés lhe deu a conhecer ou facultou cópias, bem assim como a seus colegas de trabalho, ao longo de todo o período em que foi trabalhador da ré S... SA/ T..., S.A. (art. 20º a 22º da petição inicial).

14- No dia 05.02.1992, o autor subscreveu o Boletim de Participante junto como doc. nº... correspondente à sua integração no contrato de seguro ramo vida com a Apólice ..., por indicação da S... SA, assinado no Gabinete de um seu superior hierárquico, que o chamou para o efeito, e tal como lhe foi então indicado fazer, limitou-se a nele apor a respetiva identificação sumária, os beneficiários em caso de morte e sinalização sintética de enfermidades, tal como sucedeu com inúmeros colegas de trabalho;

15- tal superior hierárquico que não entregou ao autor nenhuma cópia do contrato de seguro (nem a recebeu posteriormente das rés), nem tão pouco

lhe fez qualquer explicação do seu conteúdo, remetendo-o para a leitura do Guia do Trabalhador, nomeadamente quanto às cláusulas que regulavam a atribuição de uma compensação em caso de morte e de invalidez, correspondentes requisitos necessários a que os Segurados garantissem o recebimento do capital previsto na invalidez.

16- Aquando da adesão ao contrato de seguro, que operou efeitos a partir de 01.01.1992, o conhecimento do autor e demais colegas de trabalho sobre o ajuizado contrato de seguro, circunscrevia-se ao obtido pela leitura do Manual da Empresa, Edição de 11.04.91, em vigor à data da subscrição do Boletim de Participante, emitido e distribuído pela 2ª ré aos seus trabalhadores do quadro, mormente, nas fls 11, 12 e 13 do Capítulo IX, junto como doc. nº... com a petição inicial e ao obtido pela leitura do Notícias S... SA II série, de Outubro de 1988, que se junta e dá por reproduzido (doc. ...).

17- O Manual da Empresa regulava, ao tempo, as relações laborais constituídas entre a ré S... SA e os seus trabalhadores subordinados, nomeadamente e entre outras, nas matérias relativas a Recrutamento; Direitos, Deveres e Garantias; Prestação e Suspensão de Trabalho; Benefícios Sociais; Saúde e Prevenção de Acidentes; Seguros.

18- Manual de Gestão de Pessoal (Manual da empresa – ed. 930224/910411) - indica no seu Capítulo IX, ponto 6.4 e 6.5 (fls 11, 12 e 13), relativamente ao seguro Ramo Vida assegurado pela empresa, que e quanto ao risco de Invalidez o seguinte: “Considera-se incapacidade **Total e Permanente** sempre que o trabalhador se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão, ou qualquer outra atividade lucrativa, de acordo com os seus conhecimentos e aptidões. ”. “Uma Pessoa Segura, na situação de Incapacidade Total é reconhecida como sendo atingida de uma Invalidez Total e Permanente, desde que se verifiquem simultaneamente as três seguintes condições:

- A sua incapacidade total se mantenha sem interrupção pelo menos seis meses a contar do dia em que foi constatada pelo médico da companhia de seguros que contratou a cobertura; este período mínimo de seis meses poderá ser alargado para dois anos se a incapacidade é resultante de alienação mental, ou perturbações psíquicas;

- O carácter permanente desta incapacidade deve ser atestado por um certificado médico aceite pelo médico da Companhia de Seguros que contratou a cobertura. Este certificado deve precisar nomeadamente que não é de esperar da continuação do tratamento médico em curso melhoria do estado de saúde da Pessoa Segura.

- Pelo facto da sua incapacidade total e permanente a Pessoa Segura é atingida de uma diminuição de rendimento igual ou superior a dois terços.”

“Em caso de incapacidade total permanente ou morte, o trabalhador ou os seus herdeiros ou beneficiários indicados no Boletim de Inscrição, respetivamente, terão direito a 42 vezes o salário base à data do evento, com um mínimo de esc.5.500.000\$00. ”.- cf. doc. ... da pi.

*

19- O autor ao longo da quase totalidade da sua carreira profissional, como trabalhador da ré S... SA/T..., S.A., executou as funções de Operador

de Processo, categoria profissional com que se reformou (art. 24º da petição inicial e doc. ... da pi, constituído por certificado de trabalho),
20- Funções cuja execução consistia em operar caldeiras de alta pressão, tubo-geradores, central de ciclo combinado de gaz, evaporadores, forno de cal, central de tratamento de águas e afluentes, bem como distribuição de energia de alta tensão, e para que estava habilitado com carteira profissional de Fogueiro de 1ª (art. 25 e 26º da petição inicial).- cf. doc. ... da pi.

21- Funções que exigem enorme disponibilidade física e mental ao seu executor, tendo em conta não só as condições extremas de funcionamento do equipamento operado, como o risco que a sua deficiente operacionalização pode implicar para a segurança e integridade da unidade fabril onde se encontram e segurança e integridade física daqueles que nela trabalham, (art. 27º da petição inicial).

22- E que sempre desempenhou, ininterruptamente, por período superior a trinta anos e até à sua reforma, em regime de turnos, mais concretamente, e quase exclusivamente, em regime de 3 turnos rotativos de laboração contínua (art. 28º da petição inicial).

*

23- No começo do ano de 2014 o autor desenvolvia a sua atividade laboral com enorme esforço físico e mental, em resultado da sua limitação funcional, com considerável diminuição de mobilidade, na sequência da sua enfermidade (arts. 29º a 42º da petição inicial):

a) Ao nível da coluna vertebral, com sinais que se evidenciam há mais de 10 anos, onde ressalta uma hérnia discal L3/L4, cuja operação foi desaconselhada por neurocirurgião, limitação acentuada na mobilidade, que se tem vindo a deteriorar, ao longo dos anos, com fortes e constantes dores, sobretudo na seção dorso-lombar e nervo ciático, com limitação de desempenho profissional, pois condicionantes da locomoção e movimentos do tórax e membros superiores – atenta a limitação de mobilidade do segmento dorso-lombar, sempre que tinha que realizar trabalho em qualquer um dos equipamentos que operava, fosse qual fosse a posição em que o fazia, e com a sintomatologia, diagnóstico e conclusões, constantes do Relatório Médico de médico especialista em ortopedia e traumatologia, Dr CC, de 24 de Setembro de 2014, cf. doc. ... da pi;

b) Ao nível cardíaco, foi-lhe diagnosticado, há cerca de 15 anos, uma patologia valvular, com progressivo agravamento nos últimos anos; com crescente e constante cansaço, tonturas, perturbações de visão, em pleno local de trabalho e não só, sintomas que levaram a que o Dr DD, enquanto médico da S... SA, julga-se que no ano de 2012, determinou-lhe um Tac cerebral e um Dopler às carótidas – exames inconclusivos; porque os sintomas continuaram o Dr EE, enquanto médico da S... SA, ordenou-lhe a realização de uma ecocardiografia, o que fez- do qual resulta uma cardiopatia estrutural, ou seja, uma alteração na estrutura valvular - estenose aórtica), pois tem uma válvula aórtica bicúspide, ao invés do normal (tricúspide), com consabido prognóstico de evolução a curto prazo para estenose ("aperto") severa, com indicação de cirurgia de substituição (que ocorreu no ano de 2017), tal como evidenciam os Ecocardiogramas realizados em 13.08.2013, 28.05.2014 e Relatórios médicos de 14.10.2014

e 19.06.2017-(Dr. FF. Doc. 7, 8, 9 e 10).

c) Paralelamente à enfermidade do âmbito da cardiologia e ortopedia, sofria também o autor, há vários anos, mais de 15 anos, de doença de foro neurológico, em consequência de ter, ininterruptamente, trabalhado em regime de turnos por mais de 30 anos, com variação semanal dos seus “ritmos” de descanso e de trabalho (arts. 39º e 40º da petição inicial), circunstância que fez com que progressivamente fossem diminuindo os seus períodos de descanso, ou mais concretamente de sono, há cerca de 15 anos, a contar da data da sua aposentação, o que levou a que o médico da S... SA lhe tivesse então prescrito Kainever 1 gr., em SOS;

24- Apesar dos medicamentos que tomava diariamente para dormir, cada vez tinha mais dificuldade em adormecer e nesse estado permanecer, o que muito o afetava na realização do seu trabalho, tendo passado a exibir perda de concentração, memória e também dificuldade de interação com os outros (arts. 43º e 44º da petição inicial).

25- Por falência dos hipnóticos que lhe foram receitados, foi-lhe também prescrita a toma de antidepressivos vários e outros fármacos como Zolpidem. (art. 45º da petição inicial).

26- Porque a ausência de sono não regredia, pese embora os fármacos que e para o efeito, diariamente, tomava e na sequência das queixas sucessivas que realizava junto do(s) médico(s) da empresa, foi-lhe por este(s) aconselhado, no ano de 2013, consulta a um médico neurologista, especialista do sono- o que fez, de imediato, junto da Professora Drª GG, em Lisboa, onde foi sujeito a exames vários, nos meses de Outubro e Novembro de 2013. (arts. 46º e 47º da petição inicial).

27- O sono na generalidade das pessoas é composto por duas fases, a NREM e a REM : a NREM é a fase que inicia o sono e representa 75% do tempo em que se dorme. É a fase do sono profundo. É nela que acontece a libertação da hormona do crescimento e o descanso mental; A REM (rapide eye movement), correspondente à fase do sono onde ocorrem os sonhos; representa 25% do tempo em que se dorme. É importante para o bem-estar físico e emocional; quando a fase REM termina, volta-se à fase NREM e repete-se este ciclo cerca de 5 vezes por noite. A cada ciclo que passa, a fase NREM fica menor e a REM, maior.

28- Dos exames realizados ao autor foi constatado que inexistia o sono profundo e redução significativa do REM, tal como se verifica dos mesmos (Doc. ...1 e ...2 da pi) e na sequência dos exames e da avaliação feita pela Srª Profª GG, a medicação foi alterada no mês de Novembro de 2013. (arts. 52º e 53º da petição inicial).

29- Após ligeiras melhoras, com aumento de período de sono, três/quatro semanas após a alteração da medicação, o Autor passou, novamente, a quase não conseguir dormir, nunca ultrapassando três horas de sono. (art. 54º da petição inicial).

30- A sua entidade patronal, conhecedora do problema do autor, ainda no ano de 2013, por intermédio do seu clínico, Dr. EE, não providenciou que lhe fossem dadas funções em horário diurno e sem sujeição a turnos, nem teve a iniciativa de o determinar; e conhecedora das demais patologias do seu funcionário, não recomendou a atribuição ao autor de outras funções e não tão exigentes, a nível físico, como as que desempenhou até à sua

aposentação. (art. 55º da petição inicial).)

31- O sono é um estado anatómico e funcional de não acordado; é o período em que se desliga a relação com o mundo exterior para que o cérebro se dedique às actividades necessárias ao seu normal funcionamento, ou seja, analisar todas as suas funções e estruturas anatómicas, bem como as secreções que precisa de libertar; por outro lado, aproveita para reparar lesões que podem interferir com a actividade cerebral. (art. 56º da petição inicial).

32- E esta falta de descanso, resultado do trabalho ininterrupto por turnos, ao longo de tantos anos, foi colidindo com o relógio biológico do autor e com a segregação pelo seu cérebro da melatonina, da acetilcolina, tal como a noradrenalina ou norepinefrina, entre outras, num processo de equilíbrio constante.- o que afetou o autor, profundamente, na sua saúde ao nível do sistema nervoso central e periférico; e fez com que se tivessem agravado os sintomas de perda de concentração, alterações de memória e cognitivas, cansaço, ansiedade, dores de cabeça, problemas digestivos, com queda do rendimento mental, perda de concentração, dificuldade de atenção e também dificuldade de interação com os outros; tendo-se tornado também, nessa relação como o(s) outro(s), mais introvertido, mal-humorado, agressivo, depressivo e intolerante- alterações que se refletiram, igualmente, no seu comportamento sexual, com diminuição sensível na frequência de relações sexuais. (arts. 56º e 62º da petição inicial).

33- Com o passar do tempo e à medida que se agravavam os sintomas, o autor foi também deixando de fazer ou praticar qualquer outra atividade para além da correspondente ao seu trabalho profissional, por falta de disposição, de vontade, assim como igualmente se foi afastando do convívio da sua família, na sequência do isolamento que, constantemente, procurava. (arts. 63º e 64º da petição inicial).

34- No mês de Junho de 2014, em pleno turno noturno de execução da sua atividade profissional, o autor perdeu a consciência e foi conduzido, de imediato, para o Hospital ..., **com suspeita de AVC, ou problema cardíaco, mas não sofreu AVC, ou problema cardíaco, tudo derivava da sua falta de repouso, por falta de sono (arts. 65º e 66º da petição inicial),**

35- o que levou a que a sua médica assistente, Drª GG, tenha entendido, após um período de baixa médica que lhe concedeu em 30.07.2014, dado o agravamento da sua saúde e não estar fisicamente apto a trabalhar, considera-lo definitivamente inapto para o trabalho, tal como se verifica dos Relatórios Médicos constantes como Doc. ...3 e ..., - tendo-o também aconselhado, de imediato, a submeter-se a intensivo tratamento de recuperação e a requerer a sua aposentação, por invalidez (arts. 67º e 68º da petição inicial),

O- que fez, no início do mês de Novembro de 2014, junto da Segurança Social, para o que fez entrega no Instituto da Segurança Social dos:

- Relatório Médico do Dr CC, de 24 de Setembro de 2014 (Cfr/doc. ...)
- Ecocardiogramas realizados em 13.08.2013, 28.05.2014 e Relatórios médicos de 14.10.2014 e 19.06.2017 (Cfr/Docs. ..., ..., ... e ...0);
- Relatório de EEG Poligráfico do Sono e Monitorização Actigráfica realizados pela Profª Drª GG (Cfr/Docs. ...1 e ...2);

• Relatórios Médicos da Dr^a GG (Cfr/Doc. ...3 e ...) (art.69º da petição inicial).

37- No mês de Janeiro do ano de 2015, o Instituto da Segurança Social IP – Centro Nacional de Pensões, por ofício datado de 20.01.2015, notificou o Autor de que o seu requerimento de pensão tinha sido deferido e que se encontrava reformado por Invalidez Relativa, ofício constante como Doc. ...4. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob J)).

38- Após ter recepcionado a indicada comunicação, o autor contactou os serviços administrativos da Ré T..., S.A. para que lhe indicassem os procedimentos necessários ao recebimento do capital seguro, no âmbito do contrato de seguro titulado pela Apólice ..., encaminhamento que tais serviços fizeram, tal como já o tinham feito a seus colegas de trabalho, anteriormente aposentados por invalidez e no seguimento do qual fez-lhes entrega, para que fosse remetida à primeira ré de:

- Comunicação da atribuição de Pensão de Invalidez (Cfr/Doc. ...4),
- Relatório do Médico Assistente, Dr BB, elaborado em impresso próprio facultado pela Ré Seguradora, de avaliação de incapacidade, que se junta e se dá por reproduzido (Doc. ...5). (art.71º e 72º da petição inicial).

39- O autor apenas enviou à seguradora a comunicação da Segurança Social, junta com Doc ..., e o Relatório do Médico Assistente, junto sob o doc (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob K)).

40- A Seguradora recebeu os documentos apresentados pelo Autor- a saber, a comunicação da Segurança Social, junta com Doc ..., e o Relatório do Médico Assistente, junto sob o doc ..., - e não impugnou nenhum, nem solicitou qualquer outro, não indicou nenhum médico para reconhecer a afectação do Autor a uma invalidez relativa, nem o convocou para ser examinado por um médico seu. (aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob M1)).

41- Por carta datada de 16 de Novembro de 2015 a S... SA requereu ao autor a entrega de atestado Multiusos “ Para complemento do Processo 84/33..., solicita a Seguradora, através da E..., que lhe seja enviada cópia do Atestado de Incapacidade Multiusos. ”; pedido reiterado pelas comunicações de 07.04.2016 e 12.09.2016, tal como se verifica do teor das mesmas (Docs. ...6, ...7 e ...8). facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob M2)). (art.74º da petição inicial).

42- Assim, por carta de 7 de Abril de 2016 dirigida ao autor, a ré seguradora comunicou “ que “ Nesta data, providenciámos a revisão do(s) processo(s) de sinistro em apreço e concluímos que não nos foram remetidos os documentos abaixo identificados, que constituem elementos essenciais para o prosseguimento da instrução do(s) respectivo(s) processo(s). § Assim, encontramo-nos impedidos de providenciar a avaliação da situação, que oportunamente nos colocou, e lamentamos ter de informar que se num prazo máximo de 180 dias, não for satisfeito o nosso pedido anterior, que desta feita reiteramos, somos forçados a providenciar o encerramento do(s) respectivos processo(s) de sinistro

ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSOS. (facto com arrimo documental- doc. ...6- e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob N));

43- atuação, aliás, em conformidade com a praticada em todos os processos que o Autor tem conhecimento de casos de não pagamento do capital seguro a trabalhadores reformados da S... SA, onde se incluem as Ações de Processo Comum n.ºs 13907/17..., 4024/16... e 5991/15....;

44- Por carta de 6 de Setembro de 2016 dirigida pelo autor à ré seguradora, escreveu o mesmo: “para complemento do processo de seguro VIDA-GRUPCI do qual sou beneficiário, com Vossa designação PS 84/33..., solicitado pela seguradora através da E... em 7 de abril de 2016, envio em anexo documento com a minha resposta”- exposição anexa na qual refere ter sido sujeito à Comissão de Verificação de Incapacidade Permanente, nos termos do decreto –lei n.º 360/97, tendo ficado “ com invalidez para o trabalho” como definido no art. 17.º do decreto lei n.º 329 de 1993, e sendo atribuída incapacidade permanente de 66,6%; e recusou o autor solicitar qualquer atestado multiusos como comprovativo, pois “não tem sequelas de qualquer acidente”, e “não existe na legislação em vigor em Portugal, qualquer directiva ou orientação que defina como obrigatória a apresentação de um atestado multiusos”. (facto com arrimo documental –doc. ...7- e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob O)).

45- Em carta de 12 de Setembro de 2016, a ré reitera o pedido referindo que se num prazo máximo de 180 dias não recepcionar a documentação “seremos forçados a providenciar o encerramento administrativo do respectivo processo de sinistro.”(facto com arrimo documental – doc. ...8- e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob P)).

46- O autor não satisfaz o pedido formulado pela seguradora para que entregasse Atestado Multiusos.

47- e solicitou à 1.ª ré, por comunicação escrita datada de 10.03.2017 a conclusão do processo e pagamento do capital (Doc. ...9), comunicação que reiterou por carta de 19 de Abril de 2017 (Doc. ...), sem que e até ao momento, tivesse dela recebido resposta a qualquer uma das suas interpelações. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob Q)).(art. 75 a 77.º da petição inicial).

48- A data da interpelação do autor, pela leitura do doc....6 junto verifica-se ter ocorrido, pelo menos, até 16 de Novembro de 2015. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob L)).

*

49- A exigência do Atestado Multiusos, para instrução do processo de atribuição da compensação prevista na Apólice ..., não tinha consagração contratual aquando da adesão do autor ao contrato de Seguro.

50- O Autor foi sujeito a Comissão de Verificação das Incapacidades Permanentes, que deliberou considerá-lo incapaz para a sua profissão por comunicação de 10.07.2014 e lhe determinou uma Invalidez Relativa, conforme consta do Doc....4 junto, o

que fez por diagnóstico da sua situação clínica, com base nos relatórios médicos entregues e consequente avaliação de que a sua debilidade implicava uma Incapacidade permanente, com consequente impossibilidade de auferir, no exercício da sua profissão, mais de 1/3 da remuneração que lhe era correspondente, verificação feita nos termos do artigo 14 do Dec. Lei 187/2007 (cf. art. 112º e 113º da pi).

51- O Autor não sofre de qualquer doença do foro psicológico ou psiquiátrico, mas sim do foro neurológico, que só por si o incapacita para o trabalho (Doc....2- relatório da Dra GG de 25 de Julho de 2017), assim como o incapacitava à data da sua aposentação, Cfr Doc. 13 e ...- relatórios da Drª GG de ...14, sem enquadramento próprio no DL 352/2007, como o não tem, aliás, qualquer outra doença do foro neurológico (arts. 137º e 138º da pi).

52- As Comissões de Verificação das Incapacidades Permanentes, as Comissões de Recurso e os Médicos relatores são entidades competentes para a verificação da incapacidade para atribuição das pensões de invalidez e determinação de perda de ganho, - cf. Dec-Lei 329/93 de 25 de Setembro, no artigo 64; Dec-Lei 360/97 de 17 de Dezembro, artigo 3; e Dec-Lei 187/2007 de 10 de Maio, artigo 64.- cabendo assim às mesmas avaliar e apurar se o trabalhador doente tem ou não uma “ Perda definitiva da capacidade de ganho igual ou superior a 2/3 ”.

53- O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM) consiste num documento oficial, emitido após avaliação em junta médica, que indica e comprova o grau de incapacidade de uma pessoa, expresso numa percentagem e calculado com base na Tabela Nacional de Incapacidades, sendo documento essencial para uma pessoa com incapacidade ter acesso a inúmeros benefícios fiscais, proteção social e ainda apoios a nível da saúde e formação previstos por lei, sejam fornecidos pelo Estado ou entidades parceiras. (cf. no nº 6 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 291/2009, "os atestados de incapacidade podem ser utilizados para todos os fins legalmente previstos, adquirindo uma função multiuso, ...").

54- No AMIM, a avaliação que faz da pessoa e da incapacidade que apresenta não coincide com a avaliação que a Comissão de Verificação de Incapacidades faz, nem com a sua incapacidade para o trabalho (determinação se a pessoa avaliada, em consequência de incapacidade permanente, pode ou não auferir, na sua profissão, mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal); no AMIM a avaliação determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades não se destina a verificar da incapacidade profissional dos avaliados e sim cumular à incapacidade determinada pela Comissão de Verificação de Incapacidades, a incapacidade avaliada para efeitos de determinação de benefícios fiscais, cujos critérios de avaliação nada têm que ver com a anterior, sendo que na maioria dos casos, traduzirá sempre, uma incapacidade inferior à determinada pela Comissão de Verificação de Incapacidades.

55- Quando no âmbito de uma avaliação em sede de AMIM surge um avaliado que sofre de problemas de índole neurológica, esta componente é integrada e avaliada nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades,

circunstância que leva a ré Seguradora a não aceitar, no âmbito da reformulação do contrato de 2013, tal como o prevê o artigo 3 n.º 8 das Condições Particulares (Cfr doc. ...1), a percentagem determinada à referida doença do foro neurológico do Autor, mesmo que esta avaliasse a sua incapacidade para o trabalho, tal como já fez em casos semelhantes ao do autor, alguns dos quais também patrocinados por seu mandatário, onde respetivos colegas de trabalho padecem de igual doença e apresentaram Atestados Multiusos que a tinha em conta e determinada pelos parâmetros do Capítulo X.

56 - A avaliação feita em sede de Atestado Multiusos, com a matriz da Tabela Nacional de Incapacidades, não incide na vertente da incapacidade para o trabalho, não retratando, nessa perspetiva, a incapacidade dos avaliados, facto que a seguradora não desconhece e que a beneficia na diminuição do número de incapazes a quem tem que pagar o capital seguro, no âmbito da Apólice indicada nos autos, benefício resultante da imposição das alterações contratuais retratadas.

57- A razão de ser da celebração do contrato de seguro e consequente constituição de um Fundo de Pensões, tal como consta do Notícias S... SA, distribuído pela Segunda Ré aos seus trabalhadores e junto sob o Doc ... - foi: “no sentido de serem postas em prática fórmulas capazes de, quanto possível, proteger os que, em particular, por razões de idade ou de invalidez, tiverem de interromper a continuidade da sua colaboração com a Empresa.” E “... complementar os modestos meios que a Segurança Social oficial pode assegurar, por forma a que os reformados das associadas deste Fundo venham a dispor de condições de vida mais dignas numa altura em que as situações de necessidade se tornem mais sensíveis.”

*

58- A empresa labora continuamente e por restrição do limite de horas de trabalho diário, o seu quadro de pessoal fabril, em grande número, trabalha, obrigatoriamente, em regime de turnos rotativos.

*

59- Para além da exigência de Atestado Multiusos, Seguradora e Tomadora consagraram também, na alteração contratual de 2013, a exclusão de doenças do foro psiquiátrico, o que, simultaneamente com a obrigatoriedade de Atestado Multiusos, faz com que sejam excluídas da cobertura do contrato doenças do foro neurológico e em particular, doença contraída pelos trabalhadores por turnos da T..., S.A., na execução do seu trabalho.

60- No âmbito da perícia médica realizada – em sede de Tabela Nacional de Incapacidades entendeu o Perito Neurologista:

O exame neurológico não demonstra alterações dignas de menção.

Foi submetido a estudo poligráfico do sono tendo o registo nocturno demonstrado um sono pobre, por insónia marcada, com ausência de sono profundo e sono REM, Síndrome de apneia do sono ligeiro (ressalva-se o curto período de sono registado - cerca de 32 min).

O facto de ser um trabalhador nocturno gera uma alteração crónica da ciclicidade do sono, com insónia por fragmentação e atraso de fase, sendo assim admissível que a existência de trabalho nocturno permanente possa gerar alterações também crónicas da arquitectura do sono e defeito

cognitivo ligeiro (de tipo amnésico/defeito de atenção).

E os Srs. Peritos verteram as seguintes conclusões gerais:

1. Conjugando a informação clínica facultada, o exame objetivo à data da perícia e o resultado dos exames complementares constata-se que o examinando é portador de várias patologias, designadamente do foro neurológico, ortopédico e cardíaco

3. Nesta conformidade considerando-se os danos permanentes constantes na Tabela Nacional e Doenças Profissionais (Anexo I, Dec. Lei n.º 352/07 de 23 de outubro) atribuiu-se a seguinte incapacidade Permanente Geral de acordo com a tabela seguinte:

Código da Tabela a que correspondem as sequelas	Coeficientes previstos na tabela	Coef. Arbitrados	Soma direta	Capacid. restante	Desvalorização Arbitrada
11.1.1 b) coluna cervical dolorosa	0,02 a 0,10	0,02000		1	0,02000
11,1.1. b) coluna lombar dolorosas	0,02 a 0,10	0,03000		0,98000	0,04940
por analogia com 12.1.3 a) joelho direito doloroso	0,01 a 0,03	0,02000		0,95060	0,06841
por analogia 12.1.3 a) joelho esquerdo doloroso	0,01 a 0,03	0,02000		0,93159	0,08704
III 2.2, defeito cognitivo ligeiro + perturbação do sono	0,00 a 0,19	0,15000		0,91296	0,22399
VI 1.2. Classe I cardiopatia tratada cirurgicamente condicionando cansaço fácil	0,06 a 0,15	0,08000		0,77601	0,28607

Nesta conformidade atendendo à avaliação baseada na Tabela Nacional de Incapacidades e considerando o valor global da perda funcional decorrente

das sequelas e o facto destas não afectando o (a) examinado(a) em termos de autonomia e independência, serem causa de sofrimento físico, limitando-o(a) em termos funcionais, atribui-se uma Incapacidade Permanente Geral fixável em 29 pontos

Neste caso as sequelas são impeditivas do exercício da atividade profissional trabalho por turnos).

61- As sequelas que o autor apresentava eram impeditivas do exercício da sua actividade profissional - ou qualquer actividade por turnos, e também de qualquer actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões que lhe assegurasse capacidade de ganho mínima até 1/3.

Factos não provados

I) Subcreveu o autor o Boletim, bem como os colegas de trabalho, convicto(s) que se tratava de um seguro semelhante ao que até então tinha estado em vigor na empresa, mas celerado com outra seguradora (art. 15º da petição inicial).

II) As alterações de saúde reflectiram-se igualmente, no seu comportamento sexual, com diminuição sensível na frequência de relações sexuais (art. 43º da petição inicial).

III) O autor não satisfaz o pedido de apresentação de certificado Multiusos por desconhecer até então essa exigência.

Não se provaram quaisquer outros factos com relevo para a decisão da causa, sendo no mais alegado pelas partes nos respetivos articulados, conclusivo, de direito ou sem relevo para a decisão da causa. vencimento».

*

B) – A impugnação da decisão proferida quanto à matéria de facto.

Estabelece o artº 662º, nº 1, do NCPC, que a Relação “deve alterar a decisão proferida sobre a matéria de facto, se os factos tidos como assentes, a prova produzida ou um documento superveniente impuserem decisão diversa.”.

Começa-se por salientar o que foi entendido - à semelhança daquilo que se escreveu noutros Acórdãos desta Relação - no Acórdão da Relação de Coimbra, de 04/04/2017 (Apelação nº 516/12.6TBPCV.C1)5, relatado pelo Exmo. Desembargador, ora Conselheiro do STJ, Jorge Arcanjo e subscrito, enquanto 2ª Adjunto, pelo agora relator: «[...] o controle da Relação sobre a convicção alcançada pelo tribunal da 1ª instância, embora exija uma avaliação da prova (e não apenas uma mera sindicância do raciocínio lógico) deve, no entanto, restringir-se aos casos de flagrante desconformidade entre os elementos de prova e a decisão, sendo certo que a prova testemunhal ou por depoimento de parte é, notoriamente, mais falível do que qualquer outra, e, na avaliação da respectiva credibilidade, tem que reconhecer-se que o tribunal a quo, pelas razões já enunciadas, está em melhor posição.

Por isso, se entende não bastar qualquer divergência de apreciação e valoração da prova, impondo-se a ocorrência de erro de julgamento (cf., por ex., Ac STJ de 15/9/2010 (proc. nº 241/05), de 1/7/2014 (proc. nº 1825/09), em www.dgsi.pt), tanto mais que o nosso sistema é predominantemente de reponderação.

Por outro lado, a prova deve ser valorada de forma holística, ou seja, no seu conjunto, reclamando uma ponderação global, segundo o standard da “probabilidade lógica prevalecente”, em que havendo versões contraditórias sobre determinado facto, o julgador deve escolher das diferentes probabilidades a que, perante o conjunto dos elementos probatórios, se evidencie como a mais provável (cf Michele Taruffo, *La Prueba de Los Hechos*, 2002, pág. 292 e segs.). [...]».

O recorrente que impugne a decisão proferida quanto à matéria de facto tem, para que se imponha à Relação proceder à alteração por ele pretendia, o ónus de convencer o Tribunal de que o julgamento de facto efectuado pela 1ª Instância enferma de erro de avaliação do(s) elemento(s) de prova que aponte, para o que lhe é mister fazer a respectiva demonstração.

Tendo em conta o teor de uma tal alegação, cumpre então ao Tribunal de Recurso verificar se, em face da convicção que formar com base na apreciação desse(s) elemento(s) de prova e dos restantes elementos que examinar, se esse apontado erro - que pode até ser decorrente de uma errada aplicação das regras da experiência comum - se verifica e é hábil a determinar a alteração factual pretendida pelo Recorrente.

Caso a impugnação dos pontos da matéria de facto que o Recorrente pretende ver alterados pela Relação se funde na valoração errada de prova não tarifada, ou seja, daquela que está no âmbito da livre apreciação do julgador, tal alteração só será possível ao Tribunal “ad quem” levar a efeito, caso este, na reapreciação que fizer da prova para formar a sua convicção quanto a tal matéria, detectar patentes deficiências na valoração feita pelo Tribunal “a quo”. Ora, tal como sucede quanto aos documentos - quer no que concerne aos documentos particulares (376º do CC, “a contrario”) quer relativamente àqueles que assumem a natureza de documentos autênticos - estes na parte desprovida de força probatória plena (artº 371º, nº 1, do CC) -, é o princípio da livre convicção do Tribunal, estatuído no art.º 607º, n.º 5, do NCPC, que rege a valoração, da prova pericial (artº 389º, do CC e 489º do NCPC), dos depoimentos prestados pelas testemunhas (artº 396º do CC), bem assim como a dos depoimentos e das declarações prestados pelas partes (naquilo que não consubstanciar confissão - cfr. artºs 452º e ss., 466º, nº 3, do NCPC). Vejamos.

A alegação factual transmuta-se em factualidade processualmente assente quando a prova daquela for convincente, isto é, for idónea a dotar o Tribunal de elementos que lhe permitam, fundadamente, adquirir o convencimento, seguro, posto que não infalível, de que os factos alegados correspondem à realidade ocorrida, sendo que, como se referiu no Acórdão da Relação de Guimarães, de 30/11/2017 (Apelação nº 1426/15.0T8BGC-A.G1)6, citando a Exma. Srª. Cons. Ana Luísa Gerales (“Impugnação e reapreciação da decisão sobre a matéria de facto”, “in” Estudos em

Homenagem ao Prof. Dr. Lebre de Freitas, Vol. I, pág. 609), “...em caso de dúvida, face a depoimentos contraditórios entre si e à fragilidade da prova produzida, deverá prevalecer a decisão proferida pela primeira instância, em observância aos princípios da imediação, da oralidade e da livre apreciação da prova, com a consequente improcedência do recurso nesta parte”.

E também o Sr. Cons. Abrantes Geraldês adverte que as diferentes circunstâncias em que se encontra o Tribunal de 1ª instância e o Tribunal de 2ª instância «...deverão ser ponderadas na ocasião em que a Relação procede à reapreciação dos meios de prova, evitando a introdução de alterações quando, fazendo actuar o princípio da livre apreciação das provas, não seja possível concluir, com a necessária segurança, pela existência de erro de apreciação relativamente aos concretos pontos de facto impugnados» (“in” «Recursos no Novo Código de Processo Civil», Almedina, Julho de 2013, pág. 235.).

No caso “sub judice” pretende a Apelante que se altere a decisão proferida quanto à matéria de facto, sustentando:

- O ponto 57 deve ser acrescentado com “.... E promover uma gestão de recursos humanos que visasse recrutar com mais facilidade, com motivação, enfim, um instrumento de gestão, por se estar a conceder benefícios e vantagens suplementares ao ordenado”;
- Ao ponto 58 deve ser retirada a palavra “obrigatoriamente”;
- O ponto 59 deve ser retirado da matéria de facto ou substituído por: “o certificado multiuso foi incluído na apólice nas alterações contratuais de 2013”;
- Devem ser retiradas as conclusões expressas em 52, 53, 54, 55 e 56, por se tratar de matéria de direito.

A Apelante, não obstante ter junto, com a alegação do recurso, a transcrição de depoimentos, que epigrafou “Transcrição dos depoimentos das testemunhas que acima se invocam, na íntegra; a amarelo vão as partes que o recorrente utilizou nas alegações para fundar a sua posição”, e embora, no corpo da alegação, haja despendido considerações sobre o que se havia de se considerar, quanto a determinados aspectos, dos depoimentos das testemunhas que indicou, sinalizando os tempos a isso pertinentes, constantes da respectiva gravação, não assinalou de forma clara, a nosso ver, que depoimento, ou que depoimentos, impunha(m), que:

- No ponto 57 se acrescentasse “...E promover uma gestão de recursos humanos que visasse recrutar com mais facilidade, com motivação, enfim, um instrumento de gestão, por se estar a conceder benefícios e vantagens suplementares ao ordenado”;
- No ponto 58 se retirasse a palavra “obrigatoriamente”;
- Se retirasse do ponto 59 a matéria aí consignada, ou se substituisse a mesma pela seguinte factualidade: “o certificado multiuso foi incluído na apólice nas alterações contratuais de 2013”;

Também no corpo da alegação de recurso, defende o Apelante que “

- Como conclusão, a matéria dada como provada em 51 deve ser retirada.
- Duas alterações se impõem:
 - a) o acréscimo à matéria de facto a declarar que a apólice dos autos não é um contrato de adesão;

b) o tomador S... SA/T..., S.A. prestou informação aos beneficiários segurados do núcleo essencial do contrato, mormente, a garantia principal de invalidez e a aceitação desta pelos médicos da seguradora.

Ora, desde já se adianta que, a pretensão do Apelante quanto a estas três alterações, não foi transposta para as “conclusões” da alegação, pelo que não devem ser tidas como fazendo parte do respectivo objecto.

É que se tem entendido, que também cumpre ao Recorrente, nas conclusões do recurso, fazer a indicação, ainda que sintética, dos concretos pontos que considera incorrectamente julgados.

Efectivamente, face à função delimitadora das “conclusões” da alegação, tem sido entendido que o recorrente que impugne a matéria de facto deve, naquelas conclusões, proceder à indicação ora referida, embora já não lhe sendo exigível que aí - mas tão-só no corpo alegatório -, especifique, por exemplo, sendo esse o caso, os concretos meios probatórios em que alicerça a defesa de um resultado probatório distinto do obtido, ou indique as passagens da gravação em que se funda o recurso.

Seguiu-se nesse sentido, embora versando a norma do pretérito CPC (artº 685º-B) correspondente à do artº 640º do NCPC, por exemplo, no Ac. do STJ de 10-04-2014, Revista n.º 971/11.1TBFLG.S1 - 1.ª Secção (Relatora: Consª. Maria Clara Sottomayor); com entendimento um pouco mais restritivo, cfr. Ac. do STJ, de 13-04-2010, Revista n.º 681/04.6TBAVVS1 - 1.ª Secção (Relator: Cons. Paulo Sá), e Ac. do STJ, de 15-03-2012, Revista n.º 2341/07.7TVPRT.P1.S1 - 2.ª Secção (Relator: Cons. Serra Baptista). Defende, inequivocamente, já no âmbito do NCPC, o entendimento que perfilhamos, o Sr. Conselheiro Abrantes Geraldês, no seu livro “Recursos no Novo Código de Processo Civil”, Almedina, edição de Julho de 2013, págs. 126 e 128.

Acresce que acrescentar à factualidade provada que “a apólice dos autos não é um contrato de adesão”, é nitidamente, acrescentar uma conclusão de direito e, como tal, insusceptível de integrar tal matéria.

Sem embargo, entendemos, que, ainda assim, não há motivo para considerar não cumprido o disposto no artº 640º do NCPC quanto à restante parte da impugnação da matéria de facto.

Ora, passando-se à análise dos depoimentos das testemunhas que a Recorrente indicou para o efeito - HH, II, e JJ -, atendendo, em especial, às partes, de tais depoimentos, assinaladas a amarelo no “apenso” de transcrições que ofereceu com a alegação de recurso - entende-se que os depoimentos dessas testemunhas, não se apresentam fluidos, consistentes, seguros, suficientemente contextualizados, de forma a que, cotejados com os demais elementos probatórios, levem a que este Tribunal forme, quanto aos pontos 57, 58 e 59, em questão, uma convicção que lhe imponha alterar, quanto aos mesmos, a decisão proferida quanto à matéria de facto, designadamente, da forma pretendida pela Recorrente, salvaguardando-se, no entanto, porque encerra uma conclusão, a parte do ponto nº 59, onde se consignou “...o que, simultaneamente com a obrigatoriedade de Atestado Multiusos, faz com que sejam excluídas da cobertura do contrato doenças do foro neurológico e em particular, doença contraída pelos trabalhadores por turnos da T..., S.A., na execução do seu trabalho.”.

Assim, quedando-se inalterados os pontos n.ºs 57 e 58, já do ponto 59, ficará apenas a constar: “Para além da exigência de Atestado Multiusos, Seguradora e Tomadora consagraram também, na alteração contratual de 2013, a exclusão de doenças do foro psiquiátrico.”.

Já quanto aos pontos cuja impugnação não tem por base o erro de valoração da prova registada, ou seja, quanto aos pontos em 52, 53, 54, 55 e 56, do elenco dos factos provados, sustenta a Recorrente que, por ser matéria conclusiva, de direito, deve ser suprimida desse elenco.

Vejamos.

No ponto 52, fazendo-se referência aos artigos que aí se indicam dos Decretos-lei, n.ºs 329/93 de 25 de Setembro, 360/97 de 17 de Dezembro e 187/2007 de 10 de Maio, consigna-se a competência das Comissões de Verificação das Incapacidades Permanentes, das Comissões de Recurso e dos Médicos relatores, para “a verificação da incapacidade para atribuição das pensões de invalidez e determinação de perda de ganho” e, especificamente, para “avaliar e apurar se o trabalhador doente tem ou não uma “ Perda definitiva da capacidade de ganho igual ou superior a 2/3 ”. No ponto 53, trazendo-se à colação o n.º 6 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 291/2009, refere-se em que é que consiste o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM), qual o seu alcance probatório e a sua utilidade.

No ponto 54, faz-se a distinção entre a avaliação que, determinada pela Tabela Nacional de Incapacidades, se faz no AMIM, e escopo respectivo, e a avaliação que a Comissão de Verificação de Incapacidades faz.

No ponto 55 refere-se à integração nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades, da pessoa que, no âmbito de uma avaliação em sede de AMIM, surge como sofrendo de problemas de índole neurológica, e a consequência disso na reacção da Ré Seguradora, face à reformulação do contrato de 2013, e, especificamente, à previsão do artigo 3, n.º 8 das Condições Particulares. No ponto 56 refere-se, pela negativa, a incidência da avaliação feita em sede de Atestado Multiusos, com a matriz da Tabela Nacional de Incapacidades.

Ora, do exposto resulta que nos pontos 52, 53 e 54 e 56, consignam-se conclusões retiradas da análise de disposições legais respeitantes ao Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM), às Comissões de Verificação das Incapacidades Permanentes, às Comissões de Recurso e aos Médicos relatores.

Já o ponto 55 se nos afigura cingir-se ao plano factual, embora apenas na parte em que consigna “Quando no âmbito de uma avaliação em sede de AMIM surge um avaliado que sofre de problemas de índole neurológica, esta componente é integrada e avaliada nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades”.

No Código de Processo Civil que antecedeu o que foi aprovado pela Lei n.º 41/2013, de 26 de Junho (NCPC), dispunha o n.º 4, do art.º 646.º: “Têm-se por não escritas as respostas do tribunal colectivo sobre questões de direito e bem assim as dadas sobre factos que só possam ser provados por documentos ou que estejam plenamente provados, quer por documentos,

quer por acordo ou confissão das partes.”.

Sobre essa disposição legal escreveu-se no Acórdão da Relação de Lisboa, de 03/20/2012 (proc. n.º 2500/08.5YXLSB.L1-1)7:

«[...] A norma do n.º 4 do artigo 646.º do Código de Processo Civil (CPC), segundo a qual devem ter-se por não escritas as respostas dadas pelo tribunal aos quesitos da base instrutória sobre questões de direito, tem subjacente a distinção entre matéria de facto e matéria de direito, que se reflecte no julgamento separado — quer do ponto de vista do momento lógico quer no tocante aos poderes de cognição do julgador — das questões de facto e de direito» [...].

«Para efeitos processuais, tudo o que respeita ao apuramento de ocorrências da vida real é questão de facto e é questão de direito tudo o que diz respeito à interpretação e aplicação da lei» [...].

«No âmbito da matéria de facto, processualmente relevante, inserem-se todos os acontecimentos concretos da vida, reais ou hipotéticos, que sirvam de pressuposto às normas legais aplicáveis: os acontecimentos externos (realidades do mundo exterior) e os acontecimentos internos (realidades psíquicas ou emocionais do indivíduo), sendo indiferente que o respectivo conhecimento se atinja directamente pelos sentidos ou se alcance através das regras da experiência (juízos empíricos)» [...].

«No mesmo âmbito, como realidades susceptíveis de averiguação e demonstração, se incluem os juízos qualificativos de fenómenos naturais ou provocados por pessoas, desde que, envolvendo embora uma apreciação segundo as regras da experiência, não decorram da interpretação e aplicação de regras de direito e não contenham, em si, uma valoração jurídica que, de algum modo, represente o sentido da solução final do litígio» [...].

Por isso, «aquando a selecção de factos a quesitar, no momento do artigo 511º CPC, terá de atentar-se no "distinguo" entre facto, direito e conclusão, acolhendo, apenas, o facto simples e arredando da base instrutória os conceitos de direito - salvo as que transitaram para a linguagem corrente, por assimiladas pelo cidadão comum por corresponder a um facto concreto - e conclusões, que mais não são do que a lógica ilação de premissas» [...].

«Os quesitos só podem conter factos, redigidos com precisão e clareza e as respostas - que podem ser simples ou explicativas, mas nunca excessivas, por exuberantes - não devem conter conceitos de direito não assimilados, ou com correspondência, na linguagem coloquial do cidadão comum não jurista» [...].

«Respondendo o julgador da matéria de facto à matéria de um quesito que, parcialmente, contém uma questão de direito, sobrepõe-se ao julgador de direito, com a conseqüente sanção correspondente à nulidade verificada de se dever considerar, mesmo oficiosamente, como não escrito o respectivo segmento da resposta» [...].

«O referido n.º 4 do artigo 646.º tem o seu campo de aplicação alargado às asserções de natureza conclusiva, de modo que as expressões que traduzam afirmações de natureza conclusiva que, por si só, determinem o sentido da solução do litígio devem ser excluídas da base instrutória e, quando isso não suceda e o tribunal sobre elas emita veredicto, deve este

ter-se por não escrito» [...] [...]».

É, portanto, consensual o entendimento segundo o qual as respostas aos pontos de facto controvertidos da base instrutória de natureza conclusiva devem ser consideradas não escritas e, consequentemente, eliminadas da matéria de facto provada.

Do mesmo modo, «se, não havendo lugar à elaboração de base instrutória, um artigo dos articulados é constituído por expressões conclusivas, o tribunal não lhe deve responder, à semelhança do que faz nos casos em que está perante questões de direito, aplicando-se por analogia o regime do artigo 646.º n.º 4 do Código de Processo Civil, visto que o juízo de provado ou não provado só pode recair sobre factos» [...] [...]».

Não contendo, o NCPC, norma idêntica à do referido n.º 4 do artigo 646º, do pretérito CPC, entendeu-se, contudo, o seguinte, no Acórdão do STJ, de 28/09/2017 (Revista nº 659/12.6TVLSB.L1.S1): «[...] O que está aqui em causa não é determinar se ocorreu ou não um concreto facto, ou seja, sindicar a convicção formada pelo tribunal com base nas provas produzidas e de livre apreciação, mas avaliar se matéria considerada como um facto provado reflecte, indevidamente, uma apreciação de direito por envolver uma “qualquer valoração segundo a interpretação ou aplicação da lei, ou qualquer juízo, indução ou conclusão jurídica” (Miguel Teixeira de Sousa, Estudos sobre o Novo Código de Processo Civil, Lex, 1997, pág. 312).

E, nesta situação, fazer actuar, sendo caso disso, o mecanismo anteriormente previsto no artigo 646º n.º 4 do Código de Processo Civil revisto, que se mantém na nossa ordem jurídica, apesar de não figurar expressamente na lei processual vigente, na medida em que, por imperativo do disposto no artigo 607º n.º 4 do actual Código de Processo Civil, devem constar da fundamentação da sentença os factos – e apenas os factos – julgados provados e não provados, o que significa que deve ser suprimida toda a matéria deles constante susceptível de ser qualificada como questão de direito, conceito que, como vem sendo pacificamente aceite, engloba, por analogia, juízos de valor ou conclusivos.

Logo, tendo o presente recurso de revista por objecto saber se um determinado facto julgado provado pelo Tribunal da Relação contém matéria conclusiva e deve, por tal razão, ser eliminados do elenco dos factos provados, nenhum obstáculo legal existe à admissibilidade do presente recurso de revista por estar em causa uma questão de direito. [...]».

Ora, por integrarem juízos conclusivos e, até, na medida em que têm subjacente a apreensão de conceitos decorrentes de normas jurídicas, consideram-se como não escritos, atento o que mais acima ficou exposto:

- Os pontos nºs 52, 53 e 54 e 56;
- O ponto nº ponto 55, na parte que refere: “...circunstância que leva a ré Seguradora a não aceitar, no âmbito da reformulação do contrato de 2013, tal como o prevê o artigo 3 nº 8 das Condições Particulares (Cfr doc. ...1), a percentagem determinada à referida doença do foro neurológico do Autor, mesmo que esta avaliasse a sua incapacidade para o trabalho, tal como já fez em casos semelhantes ao do autor, alguns dos quais também patrocinados por seu mandatário, onde respetivos colegas de trabalho

padecem de igual doença e apresentaram Atestados Multiusos que a tinha em conta e determinada pelos parâmetros do Capítulo X.”. Assim, quedando-se inalterados os pontos nºs 57 e 58, e considerando-se não escritos os pontos nºs 52, 53 e 54 e 56, que, assim, se excluem do elenco dos factos provados, alteram-se os pontos nºs 55 e 59 desse elenco, consignando-se neles, apenas:

55 - “Quando no âmbito de uma avaliação em sede de AMIM surge um avaliado que sofre de problemas de índole neurológica, esta componente é integrada e avaliada nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades”.

59 - “Para além da exigência de Atestado Multiusos, Seguradora e Tomadora consagraram também, na alteração contratual de 2013, a exclusão de doenças do foro psiquiátrico.”.

*

Em face do exposto, procedendo, parcialmente, a impugnação da Apelante, **a matéria de facto que se tem como provada**, é a seguinte:

«1- Outorgaram a ré F..., S.A na qualidade de Seguradora e a ré T... S.A. (anterior S... SA), na qualidade de segurada tomadora, um contrato de seguro de grupo, do Ramo Vida, titulado pela apólice nº ..., com início de produção de efeitos a 01.01.1992. subordinado às condições gerais, particulares e especiais juntas como doc. nº...0 com a petição inicial, de entre as quais se destacam as seguintes:

-Nos termos do art. 7º das condições gerais "as importâncias seguras só poderão tornar-se exigíveis após a apresentação dos seguintes documentos: (...) risco de invalidez – atestado detalhado, passado por médicos que tratam e/ou trataram a pessoa segura, indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e provável duração do estado de invalidez. ...:

-Nos termos do art. 2º das condições especiais “entende-se por invalidez total e permanente o estado que incapacite a pessoa segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões”. Para que seja considerada essa invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições:

1. Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas.

2. Reconhecimento pelo médico do segurador de que a pessoa segura está afetada uma invalidez total e permanente.

3. Perda definitiva da capacidade de ganho superior a 2/3.

(art.1º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob A.)

2- Contrato pelo qual a então S... SA transferiu para a Seguradora F..., S.A, mediante pagamento de uma remuneração, o risco da verificação de um dano na esfera jurídica de qualquer um dos seus trabalhadores do quadro (sendo estes os beneficiários), desde que subscritores de correspondente Boletim de Participante. (art.2º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados

anteriormente sob B)).

3- A ré F..., S.A assumiu a obrigação de pagamento do capital seguro, em caso de morte (cobertura principal), ou invalidez total e permanente (cobertura complementar) de qualquer um dos trabalhadores efectivos da S... SA, compensação correspondente a 42 salários base do trabalhador em causa, com um limite mínimo de 5.500.000\$00 (cinco milhões e quinhentos mil escudos). (art.3º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob C)).

4- Os riscos seguros, com o dito contrato foram e são os riscos de Morte, de Vida e de Invalidez dos trabalhadores do quadro da S... SA. (art.8º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob D)).

5- Nos termos do referido contrato consagrava-se, quanto à cobertura complementar de invalidez total e permanente por doença (condições especiais), que se encontra em estado de invalidez total e permanente o beneficiário que esteja incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões, sendo que “Para que seja considerada essa invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições: 1. Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbação psíquica. 2. Reconhecimento pelo médico da Seguradora de que a pessoa segura está afectada duma invalidez total e permanente. 3. Perda definitiva de capacidade de ganho superior a 2/3. (art. 2º)” - Incapacidade que se traduz numa perda definitiva de capacidade de ganho igual ou superior a 2/3. (art.4º e 5º da petição inicial)- facto com arrimo documental- doc. ... - REFª: 28090067 e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob E).-

6- O contrato de seguro Ramo Vida, titulado pela apólice nº ..., ainda hoje se mantém em vigor (à data de entrada da presente acção em juízo), sendo a ré S... SA/T..., S.A. quem assumiu, desde sempre, a obrigação de pagamento dos prémios deste contrato. (art.6º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob F)).

7- O Autor, a 01 de Maio de 1983, celebrou com a ré S... SA contrato subordinado de trabalho e integrou o seu quadro de efectivos a partir de 01 de Maio de 1983, tendo-se mantido seu trabalhar até 09 de Fevereiro de 2015, tal como consta do certificado de trabalho que é doc. ... da p.i... (art.9º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob G)).

8- No dia 05 do mês de Fevereiro de 1992 o autor subscreveu, um Boletim de Participante, relativo à sua integração no contrato de seguro ramo vida, constante da indicada Apólice ..., emitido pela ré F..., S.A, com início de vigência, relativamente ao autor, a 01 de Janeiro de 1992, tal como consta do indicado Boletim, constante como doc. ... do reqº REFª: 28090067/doc. ... da pi (art.10º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob H)).

9- Em 31/01/2013, cf. doc. 4 e 5 do reqº REFª: 28090067 da pi, as rés

alteraram a apólice nº ... ao qual aderiu o autor, passando as condições gerais e particulares a serem as constantes, nomeadamente:

-Nos termos do art. 1º das Condições Gerais, para efeitos do contrato de seguro em apreço, considera-se Invalidez Total e Permanente “a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

a) a pessoa segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;

b) corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor à data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré- existentes;

c)-seja reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica”;

-Nos termos do art. 3.1.b) das condições particulares, o contrato de seguro abrange a garantia de invalidez Total e Permanente por doença de «grau de desvalorização igual ou superior a 2/3 por doença ocorrida durante a vigência da adesão»;

-Nos termos do artigo 3.2.b) das Condições Particulares, “...as garantias cessam os seus efeitos nas seguintes condições: (...) cessação do vínculo com o tomador do seguro ou reforma da Pessoa Segura.” ;

-Nos termos do artigo 3.8 das Condições Particulares “...estão excluídos os sinistros de invalidez decorrentes de doenças do foro psicológico ou psiquiátrico.”;

-Nos termos do disposto no artº 8º, nº 2, 2.2, al. c) 2) das Condições Gerais, em

caso de sinistro a pessoa segura está obrigada, além do mais:

- - a entregar ao Segurador um Atestado Médico de Incapacidade Multiusos;

- - a enviar a médico designado pelo Segurador do relatório do médico assistente que indique as causas, a data de início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração. A divergência entre o médico da Pessoa Segura e o médico do Segurador quanto ao grau de invalidez, pode ser decidida por um médico nomeado por ambas as partes. (Teor da acta adicional 1/2013- (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob I)).

10- O Autor nasceu a .../.../1958, tendo 56 anos à data da sua aposentação facto com arrimo documental - doc. ...3 da pi- , cf. factos assentes enunciados anteriormente sob R)).

11- Auferia, à data da aposentação, uma remuneração mensal, paga pela segunda Ré, sua entidade patronal, de € 2.321,25. (facto com arrimo documental – doc. ...4- e aceite por acordo, cf. factos assente enunciado anteriormente sob R), 2ª parte, constituído por recibos de

remunerações correspondente ao mês de Julho de 2014).

12- O autor, tal como os seus colegas trabalhadores da S... SA, não interferiu, não participou, nem foi convidado a participar, por qualquer uma das rés, na discussão, negociação e redação das Cláusulas do contrato de seguro, titulado pela Apólice ..., ou de quaisquer suas alterações contratuais, anteriores, ou posteriores à subscrição do Boletim de Participante (art. 20º a 22º da petição inicial),

13- Cláusulas, actas e ou alterações contratuais, cuja existência e conteúdo, prévias à adesão do autor, ou posteriores à mesma, nenhuma das rés lhe deu a conhecer ou facultou cópias, bem assim como a seus colegas de trabalho, ao longo de todo o período em que foi trabalhador da ré S... SA/ T..., S.A. (art. 20º a 22º da petição inicial).

14- No dia 05.02.1992, o autor subscreveu o Boletim de Participante junto como doc. nº... correspondente à sua integração no contrato de seguro ramo vida com a Apólice ..., por indicação da S... SA, assinado no Gabinete de um seu superior hierárquico, que o chamou para o efeito, e tal como lhe foi então indicado fazer, limitou-se a nele apor a respetiva identificação sumária, os beneficiários em caso de morte e sinalização sintética de **enfermidades, tal como sucedeu com inúmeros colegas de trabalho;**

15- tal superior hierárquico que não entregou ao autor nenhuma cópia do contrato de seguro (nem a recebeu posteriormente das rés), nem tão pouco lhe fez qualquer explicação do seu conteúdo, remetendo-o para a leitura do Guia do Trabalhador, nomeadamente quanto às cláusulas que regulavam a atribuição de uma compensação em caso de morte e de invalidez, correspondentes requisitos necessários a que os Segurados garantissem o recebimento do capital previsto na invalidez.

16- Aquando da adesão ao contrato de seguro, que operou efeitos a partir de 01.01.1992, o conhecimento do autor e demais colegas de trabalho sobre o ajuizado contrato de seguro, circunscrevia-se ao obtido pela leitura do Manual da Empresa, Edição de 11.04.91, em vigor à data da subscrição do Boletim de Participante, emitido e distribuído pela 2ª ré aos seus trabalhadores do quadro, mormente, nas fls 11, 12 e 13 do Capítulo IX, junto como doc. nº... com a petição inicial e ao obtido pela leitura do Notícias S... SA II série, de Outubro de 1988, que se junta e dá por reproduzido (doc. ...).

17- O Manual da Empresa regulava, ao tempo, as relações laborais constituídas entre a ré S... SA e os seus trabalhadores subordinados, nomeadamente e entre outras, nas matérias relativas a Recrutamento; Direitos, Deveres e Garantias; Prestação e Suspensão de Trabalho; Benefícios Sociais; Saúde e Prevenção de Acidentes; Seguros.

18- Manual de Gestão de Pessoal (Manual da empresa – ed. 930224/910411) - indica no seu Capítulo IX, ponto 6.4 e 6.5 (fls 11, 12 e 13), relativamente ao seguro Ramo Vida assegurado pela empresa, que e quanto ao risco de Invalidez o seguinte: “Considera-se incapacidade Total e Permanente sempre que o trabalhador se encontre totalmente incapaz de exercer a sua profissão, ou qualquer outra atividade lucrativa, de acordo com os seus conhecimentos e aptidões. ”. “Uma Pessoa Segura, na situação de Incapacidade Total é reconhecida como sendo atingida de uma Invalidez Total e Permanente, desde que se verifiquem simultaneamente

as três seguintes condições:

- A sua incapacidade total se mantenha sem interrupção pelo menos seis meses a contar do dia em que foi constatada pelo médico da companhia de seguros que contratou a cobertura; este período mínimo de seis meses poderá ser alargado para dois anos se a incapacidade é resultante de alienação mental, ou perturbações psíquicas;

-O carácter permanente desta incapacidade deve ser atestado por um certificado médico aceite pelo médico da Companhia de Seguros que contratou a cobertura.

Este certificado deve precisar nomeadamente que não é de esperar da continuação do tratamento médico em curso melhoria do estado de saúde da Pessoa Segura.

- Pelo facto da sua incapacidade total e permanente a Pessoa Segura é atingida de uma diminuição de rendimento igual ou superior a dois terços.”

“Em caso de incapacidade total permanente ou morte, o trabalhador ou os seus herdeiros ou beneficiários indicados no Boletim de Inscrição, respetivamente, terão direito a 42 vezes o salário base à data do evento, com um mínimo de esc.5.500.000\$00.”- cf. doc. ... da pi.

*

19- O autor ao longo da quase totalidade da sua carreira profissional, como trabalhador da ré S... SA/T..., S.A., executou as funções de Operador de Processo, categoria profissional com que se reformou (art. 24º da petição inicial e doc. ... da pi, constituído por certificado de trabalho),

20- Funções cuja execução consistia em operar caldeiras de alta pressão, tubo-geradores, central de ciclo combinado de gaz, evaporadores, forno de cal, central de tratamento de águas e afluentes, bem como distribuição de energia de alta tensão, e para que estava habilitado com carteira profissional de Fogueiro de 1ª (art. 25 e 26º da petição inicial)- cf. doc. ... da pi.

21- Funções que exigem enorme disponibilidade física e mental ao seu executor, tendo em conta não só as condições extremas de funcionamento do equipamento operado, como o risco que a sua deficiente operacionalização pode implicar para a segurança e integridade da unidade fabril onde se encontram e segurança e integridade física daqueles que nela trabalham, (art. 27º da petição inicial).

22- E que sempre desempenhou, ininterruptamente, por período superior a trinta anos e até à sua reforma, em regime de turnos, mais concretamente, e quase exclusivamente, em regime de 3 turnos rotativos de laboração contínua (art. 28º da petição inicial).

*

23- No começo do ano de 2014 o autor desenvolvia a sua atividade laboral com enorme esforço físico e mental, em resultado da sua limitação funcional, com considerável diminuição de mobilidade, na sequência da sua enfermidade (arts. 29º a 42º da petição inicial):

a) Ao nível da coluna vertebral, com sinais que se evidenciam há mais de 10 anos, onde ressalta uma hérnia discal L3/L4, cuja operação foi desaconselhada por neurocirurgião, **limitação acentuada na mobilidade, que se tem vindo a deteriorar, ao longo dos anos, com fortes e constantes**

dores, sobretudo na seção dorso-lombar e nervo ciático, com limitação de desempenho profissional, pois condicionantes da locomoção e movimentos do tórax e membros superiores – atenta a limitação de mobilidade do segmento dorso-lombar, sempre que tinha que realizar trabalho em qualquer um dos equipamentos que operava, fosse qual fosse a posição em que o fazia, e com a sintomatologia, diagnóstico e conclusões, constantes do Relatório Médico de médico especialista em ortopedia e traumatologia, Dr CC, de 24 de Setembro de 2014, cf. doc. ... da pi;

b) Ao nível cardíaco, foi-lhe diagnosticado, há cerca de 15 anos, uma patologia valvular, com progressivo agravamento nos últimos anos; com crescente e constante cansaço, tonturas, perturbações de visão, em pleno local de trabalho e não só, sintomas que levaram a que o Dr DD, enquanto médico da S... SA, julga-se que no ano de 2012, determinou-lhe um Tac cerebral e um Dopler às carótidas – exames inconclusivos; porque os sintomas continuaram o Dr EE, enquanto médico da S... SA, ordenou-lhe a realização de uma ecocardiografia, o que fez- do qual resulta uma cardiopatia estrutural, ou seja, uma alteração na estrutura valvular - estenose aórtica), pois tem uma válvula aórtica bicúspide, ao invés do normal (tricúspide), com consabido prognóstico de evolução a curto prazo para estenose ("aperto") severa, com indicação de cirurgia de substituição (que ocorreu no ano de 2017), tal como evidenciam os Ecocardiogramas realizados em 13.08.2013, 28.05.2014 e Relatórios médicos de 14.10.2014 e 19.06.2017-(Dr. FF. Doc. ..., ..., ... e ...0).

c) Paralelamente à enfermidade do âmbito da cardiologia e ortopedia, sofria também o autor, há vários anos, mais de 15 anos, de doença de foro neurológico, em consequência de ter, ininterruptamente, trabalhado em regime de turnos por mais de 30 anos, com variação semanal dos seus “ritmos” de descanso e de trabalho (arts. 39º e 40º da petição inicial), circunstância que fez com que progressivamente fossem diminuindo os seus períodos de descanso, ou mais concretamente de sono, há cerca de 15 anos, a contar da data da sua aposentação, o que levou a que o médico da S... SA lhe tivesse então prescrito Kainever 1 gr., em SOS ;

24- Apesar dos medicamentos que tomava diariamente para dormir, cada vez tinha mais dificuldade em adormecer e nesse estado permanecer, o que muito o afetava na realização do seu trabalho, tendo passado a exibir perda de concentração, memória e também dificuldade de interação com os outros (arts. 43º e 44º da petição inicial).

25- Por falência dos hipnóticos que lhe foram receitados, foi-lhe também prescrita a toma de antidepressivos vários e outros fármacos como Zolpidem. (art. 45º da petição inicial).

26- Porque a ausência de sono não regredia, pese embora os fármacos que e para o efeito, diariamente, tomava e na sequência das queixas sucessivas que realizava junto do(s) médico(s) da empresa, foi-lhe por este(s) aconselhado, no ano de 2013, consulta a um médico neurologista, especialista do sono- o que fez, de imediato, junto da Professora Drª GG, em ..., onde foi sujeito a exames vários, nos meses de Outubro e Novembro de 2013. (arts. 46º e 47º da petição inicial).

27- O sono na generalidade das pessoas é composto por duas fases, a NREM e a REM : a NREM é a fase que inicia o sono e representa 75% do tempo em que se dorme. É a fase do sono profundo. É nela que acontece a libertação da hormona do crescimento e o descanso mental; A REM (rapide eye movement), correspondente à fase do sono onde ocorrem os sonhos; representa 25% do tempo em que se dorme. É importante para o bem-estar físico e emocional; quando a fase REM termina, volta-se à fase NREM e repete-se este ciclo cerca de 5 vezes por noite. A cada ciclo que passa, a fase NREM fica menor e a REM, maior.

28- Dos exames realizados ao autor foi constatado que inexistia o sono profundo e redução significativa do REM, tal como se verifica dos mesmos (Doc. ...1 e ...2 da pi) e na sequência dos exames e da avaliação feita pela Sr^a Prof^a GG, a medicação foi alterada no mês de Novembro de 2013. (arts. 52º e 53º da petição inicial).

29- Após ligeiras melhoras, com aumento de período de sono, três/quatro semanas após a alteração da medicação, o Autor passou, novamente, a quase não conseguir dormir, nunca ultrapassando três horas de sono. (art. 54º da petição inicial).

30- A sua entidade patronal, conhecedora do problema do autor, ainda no ano de 2013, por intermédio do seu clínico, Dr. EE, não providenciou que lhe fossem dadas funções em horário diurno e sem sujeição a turnos, nem teve a iniciativa de o determinar; e conhecedora das demais patologias do seu funcionário, não recomendou a atribuição ao autor de outras funções e não tão exigentes, a nível físico, como as que desempenhou até à sua aposentação. (art. 55º da petição inicial).)

31- O sono é um estado anatómico e funcional de não acordado; é o período em que se desliga a relação com o mundo exterior para que o cérebro se dedique às actividades necessárias ao seu normal funcionamento, ou seja, analisar todas as suas funções e estruturas anatómicas, **bem como as secreções que precisa de libertar; por outro lado, aproveita para reparar lesões que podem interferir com a actividade cerebral.** (art. 56º da petição inicial).

32- E esta falta de descanso, resultado do trabalho ininterrupto por turnos, ao longo de tantos anos, foi colidindo com o relógio biológico do autor e com a segregação pelo seu cérebro da melatonina, da acetilcolina, tal como a noradrenalina ou norepinefrina, entre outras, num processo de equilíbrio constante.- o que afetou o autor, profundamente, na sua saúde ao nível do sistema nervoso central e periférico; e fez com que se tivessem agravado os sintomas de perda de concentração, alterações de memória e cognitivas, cansaço, ansiedade, dores de cabeça, problemas digestivos, com queda do rendimento mental, perda de concentração, dificuldade de atenção e também dificuldade de interação com os outros; tendo-se tornado também, nessa relação como o(s) outro(s), mais introvertido, mal-humorado, agressivo, depressivo e intolerante- alterações que se refletiram, igualmente, no seu comportamento sexual, com diminuição sensível na frequência de relações sexuais. (arts. 56º e 62º da petição inicial).

33- Com o passar do tempo e à medida que se agravavam os sintomas, o autor foi também deixando de fazer ou praticar qualquer outra atividade

para além da correspondente ao seu trabalho profissional, por falta de disposição, de vontade, assim como igualmente se foi afastando do convívio da sua família, na sequência do isolamento que, constantemente, procurava. (arts. 63º e 64º da petição inicial).

34- No mês de Junho de 2014, em pleno turno noturno de execução da sua atividade profissional, o autor perdeu a consciência e foi conduzido, de imediato, para o Hospital ..., com suspeita de AVC, ou problema cardíaco, mas não sofreu AVC, ou problema cardíaco, tudo derivava da sua falta de repouso, por falta de sono (arts. 65º e 66º da petição inicial),

35- o que levou a que a sua médica assistente, Drª GG, tenha entendido, após um período de baixa médica que lhe concedeu em 30.07.2014, dado o agravamento da sua saúde e não estar fisicamente apto a trabalhar, considera-lo definitivamente inapto para o trabalho, tal como se verifica dos Relatórios Médicos constantes como Doc. ...3 e ..., - tendo-o também aconselhado, de imediato, a submeter-se a intensivo tratamento de recuperação e a requerer a sua aposentação, por invalidez (arts. 67º e 68º da petição inicial),

O- que fez, no início do mês de Novembro de 2014, junto da Segurança Social, para o que fez entrega no Instituto da Segurança Social dos:

- Relatório Médico do Dr CC, de 24 de Setembro de 2014 (Cfr/doc. ...)
- Ecocardiogramas realizados em 13.08.2013, 28.05.2014 e Relatórios médicos de 14.10.2014 e 19.06.2017 (Cfr/Docs. ..., ..., ... e ...0);
- Relatório de EEG Poligráfico do Sono e Monitorização Actigráfica realizados pela Profª Drª GG (Cfr/Docs. ...1 e ...2);
- Relatórios Médicos da Drª GG (Cfr/Doc. ...3 e ...) (art.69º da petição inicial).

37- No mês de Janeiro do ano de 2015, o Instituto da Segurança Social IP – Centro Nacional de Pensões, por ofício datado de 20.01.2015, notificou o Autor de que o seu requerimento de pensão tinha sido deferido e que se encontrava reformado por Invalidez Relativa, ofício constante como Doc. ...4. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob J)).

38- Após ter recepcionado a indicada comunicação, o autor contactou os serviços administrativos da Ré T..., S.A. para que lhe indicassem os procedimentos necessários ao recebimento do capital seguro, no âmbito do contrato de seguro titulado pela Apólice ..., encaminhamento que tais serviços fizeram, tal como já o tinham feito a seus colegas de trabalho, anteriormente aposentados por invalidez e no seguimento do qual fez-lhes entrega, para que fosse remetida à primeira ré de:

- Comunicação da atribuição de Pensão de Invalidez (Cfr/Doc. ...4),
- Relatório do Médico Assistente, Dr BB, elaborado em impresso próprio facultado pela Ré Seguradora, de avaliação de incapacidade, que se junta e se dá por reproduzido (Doc. ...5). (art.71º e 72º da petição inicial).

39- O autor apenas enviou à seguradora a comunicação da Segurança Social, junta com Doc ..., e o Relatório do Médico Assistente, junto sob o doc (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob K)).

40- A Seguradora recebeu os documentos apresentados pelo Autor- a saber, a comunicação da Segurança Social, junta com Doc ..., e o Relatório

do Médico Assistente, junto sob o doc ..., - e não impugnou nenhum, nem solicitou qualquer outro, não indicou nenhum médico para reconhecer a afectação do Autor a uma invalidez relativa, nem o convocou para ser examinado por um médico seu. (aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob M1)).

41- Por carta datada de 16 de Novembro de 2015 a S... SA requereu ao autor a entrega de atestado Multiusos “ Para complemento do Processo 84/33..., solicita a Seguradora, através da E..., que lhe seja enviada cópia do Atestado de Incapacidade Multiusos. ”; pedido reiterado pelas comunicações de 07.04.2016 e 12.09.2016, tal como se verifica do teor das mesmas (Docs. ...6, ...7 e ...8). facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob M2)). (art.74º da petição inicial).

42- Assim, por carta de 7 de Abril de 2016 dirigida ao autor, a ré seguradora comunicou “ que “ Nesta data, providenciámos a revisão do(s) processo(s) de sinistro em apreço e concluímos que não nos foram remetidos os documentos abaixo identificados, que constituem elementos essenciais para o prosseguimento da instrução do(s) respectivo(s) processo(s). § Assim, encontramos-nos impedidos de providenciar a avaliação da situação, que oportunamente nos colocou, e lamentamos ter de informar que se num prazo máximo de 180 dias, não for satisfeito o nosso pedido anterior, que desta feita reiteramos, somos forçados a providenciar o encerramento do(s) respectivos processo(s) de sinistro....ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSOS. (facto com arrimo documental- doc. ...6- e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob N));

43- atuação, aliás, em conformidade com a praticada em todos os processos que o Autor tem conhecimento de casos de não pagamento do capital seguro a trabalhadores reformados da S... SA, onde se incluem as Ações de Processo Comum nºs 13907/17..., 4024/16.... e 5991/15....;

44- Por carta de 6 de Setembro de 2016 dirigida pelo autor à ré seguradora, escreveu o mesmo: “para complemento do processo de seguro VIDA-GRUPCI do qual sou beneficiário, com Vossa designação PS 84/33..., solicitado pela seguradora através da E... em 7 de abril de 2016, envio em anexo documento com a minha resposta”- exposição anexa na qual refere ter sido sujeito à Comissão de Verificação de Incapacidade Permanente, nos termos do decreto –lei nº 360/97, tendo ficado “ com invalidez para o trabalho” como definido no art. 17º do decreto lei nº 329 de 1993, e sendo atribuída incapacidade permanente de 66,6%; e recusou o autor solicitar qualquer atestado multiusos como comprovativo, pois “não tem sequelas de qualquer acidente”, e “não existe na legislação em vigor em Portugal, qualquer directiva ou orientação que defina como obrigatória a apresentação de um atestado multiusos”. (facto com arrimo documental –doc. ...7- e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob O)).

45- Em carta de 12 de Setembro de 2016, a ré reitera o pedido referindo que se num prazo máximo de 180 dias não recepcionar a documentação “seremos forçados a providenciar o encerramento administrativo do respectivo processo de sinistro.”(facto com arrimo documental – doc. ...8- e

aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob P)).

46- O autor não satisfaz o pedido formulado pela seguradora para que entregasse Atestado Multiusos.

47- e solicitou à 1ª ré, por comunicação escrita datada de 10.03.2017 a conclusão do processo e pagamento do capital (Doc. ...9), comunicação que reiterou por carta de 19 de Abril de 2017 (Doc. ...), sem que e até ao momento, tivesse dela recebido resposta a qualquer uma das suas interpelações. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob Q)).(art. 75 a 77º da petição inicial).

48- A data da interpelação do autor, pela leitura do doc....6 junto verifica-se ter ocorrido, pelo menos, até 16 de Novembro de 2015. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob L)).

*

49- A exigência do Atestado Multiusos, para instrução do processo de atribuição da compensação prevista na Apólice ..., não tinha consagração contratual aquando da adesão do autor ao contrato de Seguro.

50- O Autor foi sujeito a Comissão de Verificação das Incapacidades Permanentes, que deliberou considerá-lo incapaz para a sua profissão por comunicação de 10.07.2014 e lhe determinou uma Invalidez Relativa, conforme consta do Doc....4 junto, o que fez por diagnóstico da sua situação clínica, com base nos relatórios médicos entregues e consequente avaliação de que a sua debilidade implicava uma Incapacidade permanente, com consequente impossibilidade de auferir, no exercício da sua profissão, mais de 1/3 da remuneração que lhe era correspondente, verificação feita nos termos do artigo 14 do Dec. Lei 187/2007 (cf. art. 112º e 113º da pi).

51- O Autor não sofre de qualquer doença do foro psicológico ou psiquiátrico, mas sim do foro neurológico, que só por si o incapacita para o trabalho (Doc....2- relatório da Dra GG de 25 de Julho de 2017), assim como o incapacitava à data da sua aposentação, Cfr Doc. 13 e ...- relatórios da Drª GG de ...14, sem enquadramento próprio no DL 352/2007, como o não tem, aliás, qualquer outra doença do foro neurológico (arts. 137º e 138º da pi).

55- Quando no âmbito de uma avaliação em sede de AMIM surge um avaliado que sofre de problemas de índole neurológica, esta componente é integrada e avaliada nos termos do Capítulo X (doenças do foro psiquiátrico e psicológico) da Tabela Nacional das Incapacidades.

57- A razão de ser da celebração do contrato de seguro e consequente constituição de um Fundo de Pensões, tal como consta do Notícias S... SA, distribuído pela Segunda Ré aos seus trabalhadores e junto sob o Doc ... - foi:• “ ... no sentido de serem postas em prática fórmulas capazes de, quanto possível, proteger os que, em particular, por razões de idade ou de invalidez, tiverem de interromper a continuidade da sua colaboração com a Empresa.” E • “ ... complementar os modestos meios que a Segurança Social oficial pode assegurar, por forma a que os reformados das associadas deste Fundo venham a dispor de condições de vida mais dignas numa altura em que as situações de necessidade se tornem mais sensíveis.”

*

58- A empresa labora continuamente e por restrição do limite de horas de trabalho diário, o seu quadro de pessoal fabril, em grande número, trabalha, obrigatoriamente, em regime de turnos rotativos.

*

59- Para além da exigência de Atestado Multiusos, Seguradora e Tomadora consagraram também, na alteração contratual de 2013, a exclusão de doenças do foro psiquiátrico.

60- No âmbito da perícia médica realizada – em sede de Tabela Nacional de Incapacidades entendeu o Perito Neurologista:

O exame neurológico não demonstra alterações dignas de menção.

Foi submetido a estudo poligráfico do sono tendo o registo nocturno demonstrado um sono pobre, por insónia marcada, com ausência de sono profundo e sono REM, Síndrome de apnéia do sono ligeiro (ressalva-se o curto período de sono registado - cerca de 32 min).

O facto de ser um trabalhador nocturno gera uma alteração crónica da ciclicidade do sono, com insónia por fragmentação e atraso de fase, sendo assim admissível que a existência de trabalho nocturno permanente possa gerar alterações também crónicas da arquitectura do sono e defeito cognitivo ligeiro (de tipo amnésico/defeito de atenção).

E os Srs. Peritos verteram as seguintes conclusões gerais:

1. Conjugando a informação clínica facultada, o exame objetivo à data da perícia e o resultado dos exames complementares constata-se que o examinando é portador de várias patologias, designadamente do foro neurológico, ortopédico e cardíaco

.....

3. Nesta conformidade considerando-se os danos permanentes constantes na Tabela Nacional e Doenças Profissionais (Anexo I, Dec. Lei n.º 352/07 de 23 de outubro) atribuiu-se a seguinte incapacidade Permanente Geral de acordo com a tabela seguinte:

Código da Tabela a que correspondem as sequelas	Coeficientes previstos na tabela	Coef. Arbitrados	Soma direta	Capacid. restante	Desvalorização Arbitrada
11.1.1 b) coluna cervical dolorosa	0,02 a 0,10	0,02000		1	0,02000
11,1.1. b) coluna lombar dolorosas	0,02 a 0,10	0,03000		0,98000	0,04940
por analogia com 12.1.3 a) joelho direito doloroso	0,01 a 0,03	0,02000		0,95060	0,06841

por analogia 12.1.3 a) joelho esquerdo doloroso	0,01 a 0,03	0,02000		0,93159	0,08704
III 2.2, defeito cognitivo ligeiro + perturbação do sono	0,00 a 0,19	0,15000		0,91296	0,22399
VI 1.2. Classe I cardiopatía tratada cirurgicamente condicionando cansaço fácil	0,06 a 0,15	0,08000		0,77601	0,28607

Nesta conformidade atendendo à avaliação baseada na Tabela Nacional de Incapacidades e considerando o valor global da perda funcional decorrente das sequelas e o facto destas não afectando o (a) examinado(a) em termos de autonomia e independência, serem causa de sofrimento físico, limitando-o(a) em termos funcionais, atribui-se uma Incapacidade Permanente Geral fixável em 29 pontos.....

Neste caso as sequelas são impeditivas do exercício da actividade profissional trabalho por turnos)

.....

61- As sequelas que o autor apresentava eram impeditivas do exercício da sua actividade profissional - ou qualquer actividade por turnos, e também de qualquer actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões que lhe assegurasse capacidade de ganho mínima até 1/3.».



C) – O essencial da análise jurídica dos factos feita pelo Tribunal “a quo”, é transmitido pelo trechos da sentença que abaixo se irão transcrever:

«[...] Por via da presente acção, invoca o autor, desde logo, incumprimento pelas rés do ónus de comunicar e informar o autor dos elementos essenciais do seguro, em particular, das cláusulas insertas nas alterações introduzidas no ano de 2013 ao clausulado do seguro ao qual aderiu no ano de 1992, a saber:

- quanto a exclusão contratual constante do ponto 8 do art. 3º das Condições Particulares na sua formulação de 2013, onde se exclui aí da Cobertura Complementar doenças do foro psíquico ou psiquiátrica
- e a obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos constante do art. 8º, nº2.2. al. c) das Condições Gerais e a definição de Invalidez Total e Permanente constante do art. 1º, al. b) das Condições

Gerais do contrato de seguro, na sua formulação de 2013.

É facto que em 31/01/2013, cf. doc. ...1 da pi, as rés alteraram a apólice nº ... à qual aderira o autor, passando as condições gerais e particulares a serem as constantes, nomeadamente:

-Nos termos do art. 1º das Condições Gerais, para efeitos do contrato de seguro em apreço, considera-se Invalidez Total e Permanente “a limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:

a) a pessoa segura fique completa e definitivamente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;

b) corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor à data da avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias pré- existentes;

c) -seja reconhecida previamente pela Instituição de Segurança Social pela qual a pessoa Segura se encontra abrangida ou pelo Tribunal do Trabalho ou, caso a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social, por Junta Médica”;

-Nos termos do art. 3.1.b) das condições particulares, o contrato de seguro abrange a garantia de invalidez Total e Permanente por doença de «grau de desvalorização igual ou superior a 2/3 por doença ocorrida durante a vigência da adesão»;

-Nos termos do artigo 3.2.b) das Condições Particulares, “.as garantias cessam os seus efeitos nas seguintes condições: (...) cessação do vínculo com o tomador do seguro ou reforma da Pessoa Segura.” ;

-Nos termos do artigo 3.8 das Condições Particulares “estão excluídos os sinistros de invalidez decorrentes de doenças do foro psicológico ou psiquiátrico.”;

(...)

Outrossim, podendo o seguro de grupo revestir as modalidades de contributivo e não contributivo, sendo contributivo quando os segurados suportem o pagamento do prémio devido pelo tomador, pode ser acordado que os segurados paguem directamente ao segurador a sua parte do prémio - cf. art. 1º al. i) do Dec.-Lei nº 176/95, de 26 de Julho e art. art.º 77º, da L. C. S. - in casu, trata-se efectivamente de um seguro de grupo em que o tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio - cf. o artigo 77.º. Ou seja, um seguro de incapacidade de grupo não contributivo.

(...)

Temos, assim, que no caso do contrato de seguro de grupo (como é o caso do contrato “sub iudice”), quer o art. 4º, nº 1, do DL nº 176/95, quer o subsequente art. 78º do Dec. Lei nº 72/2008 determinam (como defende a ré seguradora para se eximir da sua obrigação contratual de indemnizar o autor) que o cumprimento do dever de pré-informação contratual e comunicação das suas cláusulas contratuais recai sobre o segurador em relação ao tomador, e sobre este em relação ao segurado, ou, no máximo,

que o segurador informará directamente o segurado se e apenas quando este lho solicitar - arts. 4º, nº 5, do DL nº 176/95 e 78º, nº 3 e 4 do DL nº 72/2008.

(...)

Assim, no contrato de seguro de grupo, compete ao tomador de seguro, em primeira linha, comunicar ao aderente todo o conteúdo contratual e a informação adequada ao completo conhecimento desse mesmo conteúdo. O mesmo resulta dos arts. 5º e 6º do Dec.-Lei 446/85 de 25/10, com as alterações introduzidas pelo Dec.-Lei 220/95 de 31/08, Dec.-Lei 249/99 de 07/07 e Dec.-Lei nº 323/2001 de 17/12, que aprovou o regime jurídico das cláusulas contratuais gerais.

Não obstante o facto de impender sobre a ré “T..., S.A.”, enquanto tomador do seguro, a obrigação geral de comunicação e explicação das cláusulas do contrato, tal não desonera a ré seguradora de cumprir a sua obrigação, essa sim, principal, de comunicar as condições gerais do contrato ao aderente, obrigação essa inserta no art. 5.º, do Dec.- Lei nº 446/85 (RGCCG), acima citado.- falta de comunicação que constitui violação expressa do artigo 5º do Dec.Lei 446/85 de 25/10, com a redação dada pelos DL nº 323/2001, de 17/12; DL nº 249/99, de 07/07; DL nº 220/95, de 31/08 e Rect. nº 114-B/95, de 31/08, diploma regulador das Cláusulas Contratuais Gerais.

Incumbia à ré T..., S.A. o ónus de alegar e provar que tinha cumprido a acima referida obrigação de informar o segurado, designadamente as circunstâncias que teriam de verificar-se para que a seguradora considerasse estar perante uma invalidez total e permanente e procedesse ao pagamento solicitado. E in casu esta prova não foi feita. No entanto, a intervenção da ré “T..., S.A.” não implicou qualquer intervenção activa na elaboração das cláusulas que regem este tipo de contratos e, nessa medida, afastámos a sua responsabilidade única (isolada) pela comunicação de tais cláusulas.

Mais concretamente, num contrato de seguro de grupo-vida, celebrado através de cláusulas contratuais gerais compete, ainda em primeira linha, à seguradora o cumprimento dos deveres de informação, por si ou através do intermediário (tomador do seguro) bem como o ónus da prova do seu cumprimento (cf. Ac. do TRP, de 01/02/2010, disponível in www.dgsi.pt). A falta de informação do intermediário repercute-se na seguradora, não sendo essa falta oponível ao segurado, arcando a seguradora com as respectivas consequências, sem que possa invocar perante o segurado as cláusulas contratuais a que essa falta respeita (Ac. do TRP, de 11/9/2008, disponível in www.dgsi.pt).

(...)

Do exposto resulta, desde logo, que pretendendo a ré Seguradora invocar o teor das cláusulas enunciadas atrás para se eximir à satisfação das obrigações decorrentes do contrato de seguro, impendia sobre ela o ónus da prova e alegação de terem sido comunicadas ao autor (cf. Ac. do STJ, de 11.3.2010, 1860/07, in www.colectaneadejurisprudencia.com). O que não logrou fazer.

As consequências da omissão do dever de comunicação por parte da entidade patronal tomadora ao trabalhador aderente segurado estendem-

se à seguradora, i.e., as cláusulas em causa não podem ser oponíveis por esta ao segurado, porque a T..., S.A. age como mediadora, por conta e em benefício daquela.

Na linha do atrás dito, aderindo à fundamentação do Ac. STJ de 14.4.2015, quanto ao presente caso, diremos resultar que a ré, por si ou através da tomadora ré “T..., S.A.” não cumpriu os deveres de informação a que estava adstrita, não dando a conhecer ao autor as cláusulas contratuais, adicionais, alterações contratuais, nomeadamente, das cláusulas aludidas atrás.

O conhecimento facultado ao autor foi apenas o provado sob os pontos 14) a 16) dos factos provados - sendo que o autor, tal como os seus colegas trabalhadores da S... SA, não interferiu, não participou, nem foi convidado a participar, por qualquer uma das rés, na discussão, negociação e redação das Cláusulas do contrato de seguro, titulado pela Apólice ..., ou de quaisquer suas alterações contratuais, anteriores, ou posteriores à subscrição do Boletim de Participante (facto provado sob 12), cláusulas, actas e ou alterações contratuais, cuja existência e conteúdo, prévias à adesão do autor, ou posteriores à mesma, nenhuma das rés lhe deu a conhecer ou facultou cópias, bem assim como a seus colegas de trabalho, ao longo de todo o período em que foi trabalhador da ré S... SA/T..., S.A. (facto provado sob 13).

As consequências da omissão de tais deveres de comunicação e informação por parte do tomador, aqui ré “T..., S.A.” ao segurado, aqui autor, são extensivas à seguradora, aqui ré “F..., S.A”, ou seja, as cláusulas, em causa, não podem ser oponíveis por esta ao segurado, porque a T..., S.A. agiu como mediadora, por conta e em benefício daquela, pois que o citado art. 4.º, n.º 2 do Dec.-Lei 176/95 tem como ratio apenas dirimir os eventuais conflitos entre a seguradora e o tomador do seguro pelo que, ponderando, também, que, em concreto, o autor não teve qualquer intervenção na conformação das cláusulas do contrato de seguro, a seguradora não pode prevalecer-se de tal disposição para se ilibar ao pagamento do capital seguro (cf. ac. TRG, de 19/10/ 2010, in www.dgsi.pt).

Desta forma, as alterações contratuais introduzidas, no ano de 2013, ao conteúdo do contrato de seguro do ano de 1992, a saber:

as que constituam a obrigação de submissão e apresentação pelo segurado de atestado multiusos (art.1º, n.º2.2.al. c) 2 das Condições Gerais; a definição de invalidez total e permanente nos termos constantes do art. 1º, al. b) das Condições Gerais do Contrato de Seguro, e a exclusão constante do ponto 8) do art. 3º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, onde se exclui da Cobertura Complementar as doenças do foro psíquico ou psicológico, têm de considerar-se excluídas do contrato singular (cf.art. 8º, al. a), do RJCCG), não podendo a seguradora prevalecer-se dessa falta para se eximir da sua responsabilidade de ressarcir pela ocorrência do risco sob cobertura, com fundamento no disposto no art. 4.º, n.º 1 a 3, do DL n.º 176/95 (cf. Acórdão do STJ, de 10/5/2018, consultável in www.dgsi.pt), e por conseguinte, o contrato singular mantém- se, vigorando na parte afetada, as normas supletivas aplicáveis, com recurso, se necessário, às regras de integração dos negócios jurídicos - cf. art. 9º, n.º1, do RJCCG - (ou seja, mantendo- se

válido e eficaz o contrato na parte não afetada, a determinação do objeto da garantia do seguro com vista à subsunção concreta da situação de verificação do sinistro é matéria de interpretação do clausulado que subsiste, de harmonia com as regras estabelecidas no regime jurídico das cláusulas contratuais gerais - cf. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 29.3.2011, 313.7.0TBSJM www.Colectaneadejurisprudencia.com.), e mantendo-se a obrigação de cumprimento por parte da seguradora, caso se verifiquem os demais pressupostos para o efeito.

Donde se conclui, assim, em face do exposto, que nessa parte merece acolhimento a pretensão deduzida pelo autor nas als. a) b), e c) do petitório, e por conseguinte, mostra-se prejudicado o conhecimento da pretensão deduzida pelo mesmo sob a al. d), do petitório, por manifesta inutilidade. [...]».

Como corolário do entendimento que seguiu, decidiu o Tribunal “a quo”, na parte dispositiva da sentença, julgar “...excluído do contrato, as cláusulas ou partes de cláusulas não comunicadas ao autor e que, entre outras, constituam obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, constante do art. 8º, nº2.2, al. c) e al. b) da definição de INAVLIDEZ TOTAL E PERMANENTE constante do art. 1º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013 e onde tal obrigação passou a ter consagração contratual...”.

Ora, salvo o devido respeito, não concordamos com esse entendimento e, desde logo, não consideramos, ao invés do que entendeu o Tribunal “a quo”, que estejamos face ao um contrato de adesão e que à Ré seguradora competisse comunicar as condições gerais do contrato ao “aderente”, “rectius”, ao ora Autor enquanto trabalhador da Ré “T..., S.A.”.

Dissentimos, também, do Tribunal “a quo” quando entende que:

“... compete, ainda em primeira linha, à seguradora o cumprimento dos deveres de informação, por si ou através do intermediário (tomador do seguro) bem como o ónus da prova do seu cumprimento (cf. Ac. do TRP, de 01/02/2010, disponível in www.dgsi.pt). A falta de informação do intermediário repercute-se na seguradora, não sendo essa falta oponível ao segurado, arcando a seguradora com as respetivas consequências, sem que possa invocar perante o segurado as cláusulas contratuais a que essa falta respeita...”.

É certo, que em caso idêntico, versando acção intentada por um outro trabalhador da “S... SA, contra esta empresa e contra a F..., S.A, tendo a 1ª Instância tomado entendimento idêntico ao seguido na sentença ora ajuizada, designadamente, no tocante à responsabilidade da Seguradora para com o “aderente” e à exclusão das ditas cláusulas, esta Relação, por Acórdão de 2020/10/26 (Relatado pelo Des., ora Cons. do STJ, Isaías Pádua), no recurso interposto pela Seguradora (Apelação nº 5395/18.7T8CBR.C1), perfilhou esse entendimento da 1ª Instância.

Ora, salvo o devido respeito, consideramos que, tendo também versado caso idêntico, decorrente de recurso interposto pela F..., S.A, em acção intentada por um outro trabalhador da “S... SA, contra esta e contra aquela seguradora, o entendimento expendido no Acórdão do STJ, de 27/05/2021 (Revista nº 935/18.4T8CBR.S1:Relatora: Cons. Catarina Serra), é aquele que perfilhamos.

Escreveu-se, entre o mais, nesse Acórdão do STJ:

«[...] No cerne deste litígio está um contrato de seguro de Vida grupo – rectius: um contrato de seguro de grupo do ramo Vida – celebrado entre a 1.^a e a 2.^a rés, ou seja, entre a ré e recorrente F..., S.A e a ré e recorrida T..., S.A.. Este contrato começou a produzir os seus efeitos em 1.01.1992 e sofreu alterações em 31.01.2013 (cfr. factos provados 1 a 7 e 57). A ele aderiu, em 4.02.1992, o autor, trabalhador efectivo da ré e recorrida T..., S.A., por indicação do seu superior hierárquico, através da subscrição do boletim do participante (cfr. factos provados 10, 11 e 12). Com alguma segurança é possível, desde logo, qualificar o contrato dos autos como contrato de seguro de grupo[...].

Os contratos de seguro de grupo encontram a sua disciplina actual no DL n.º 72/2008, de 16.04, que estabelece o regime jurídico do contrato de seguro. No entanto, ao contrato dos autos, celebrado antes da entrada em vigor deste diploma (1.01.2009), aplica-se o DL n.º 176/95, de 26.07, que estabelece as regras de transparência para a actividade seguradora e disposições relativas ao regime jurídico do contrato de seguro, com as alterações pelo DL n.º 60/2004, de 21.03, e n.º 357-A/2007, de 31.10[4]

[...].

(...)
O autor e recorrido vem sustentando, ao longo do processo, que, sendo o presente contrato de seguro um contrato de adesão, há que chamar à colação a disciplina do DL n.º 446/85 (regime das cláusulas contratuais gerais).

No seu entender, a ré seguradora estava, sim, constituída na obrigação de informar o autor do teor das cláusulas contratuais, tanto na sua formulação originária (de 1992) como na sua formulação sucessiva (de 2013), e de esclarecer todos os aspectos necessitados de clarificação (cfr. artigos 5.º e 6.º do DL n.º 446/85); faltou ao cumprimento desta obrigação e por isso todas as cláusulas não comunicadas ao autor (em particular as respeitantes à exclusão das doenças de foro psiquiátrico e psicológico bem como à obrigatoriedade de apresentação de atestado multiusos) devem considerar-se excluídas do contrato, nos termos do artigo 8.º do DL n.º 446/85. Independentemente disto, há cláusulas que violam o princípio da boa fé e são abusivas nos termos dos artigos 15.º, 16.º e 21.º, al. b), do DL n.º 446/85 (em particular a que condiciona o atendimento da situação de invalidez total e permanente do autor à apresentação do atestado multiusos), pelo que são nulas nos termos gerais de direito.

Este raciocínio é, no essencial, partilhado pela ré e recorrida T..., S.A. e é ainda, também no essencial, acolhido na sentença.

Do seu canto, a ré e recorrente F..., S.A replica que o regime especial do DL n.º 176/95 (regime do contrato de seguro), sendo especial, afasta a aplicação do regime (mais) geral do DL n.º 446/85 (regime das cláusulas contratuais gerais).

Argumenta ela que “[o] DL 176/95 é uma norma especial que afasta a norma especial do DL 446/85, que embora especial é mais geral; se aquela norma impõe o dever de informar ao tomador não é defensável invocar esta para afastar tal dever do tomador e atribuí-lo à seguradora [cfr., em particular, conclusão O) das alegações].

Sendo assim – continua a recorrente –, a disciplina do dever de informação deve ser encontrada exclusivamente com base no primeiro. Inexiste – conclui – fundamento para qualquer exclusão, sendo oponíveis ao autor todas as cláusulas do contrato, nomeadamente as que excluem ou condicionam a cobertura do seguro.

É abundante – e dominante – a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça em que se conclui, em termos próximos dos propugnados pela ora recorrente, pela inaplicabilidade deste regime das cláusulas contratuais gerais [...].

O raciocínio central é o de que a imposição do dever de informação ao tomador do seguro está de acordo com configuração do contrato como de seguro de grupo e impede que o tomador do seguro seja tratado como mero representante ou intermediário da seguradora e que a esta sejam imputadas as consequências da atuação irregular do tomador.

Deste raciocínio decorre que todas as cláusulas contratuais, ainda que não comunicadas ao segurado pelo tomador, valem plenamente no plano da relação entre o segurado e a seguradora / são oponíveis ao segurado pela seguradora [...].

Pontualmente, já se defendeu a tese contrária [...]. Invocando-se o princípio da boa fé [...] na formação, na celebração e na execução dos contratos, nele que radicaria a vinculação da seguradora a deveres de informação, cooperação e lealdade para com o segurado, sendo a disciplina relevante das cláusulas contratuais gerais (os artigos 5.º e 6.º do DL n.º 446/85) um reflexo directo deste princípio [...].

Mas cumpre, desde já, assinalar uma diferença entre os casos tratados nesta última jurisprudência e o caso em apreço: enquanto naquela estão em causa seguros de grupo contributivos [cfr. artigo 1.º, al. h), do DL n.º 176/95], no presente litígio a tomadora do seguro, ré T..., S.A., assumiu, desde sempre, a obrigação de pagamento dos prémios do contrato (cfr. facto provado 6), o que significa que está em causa, distintamente, um seguro de grupo não contributivo, tal como definido no art. 1.º, al. i), do DL n.º 176/95 [...].

Esta não é, como se tentará explicar, uma diferença insignificante. De tal diferença decorrem consequências no plano do regime aplicável. Assinale-se uma, que salta à vista: o disposto no n.º 3 do artigo 4.º do DL n.º 176/95 [17] é inaplicável ao caso dos autos (regime do incumprimento do dever de informação). Mas há mais consequências relevantes.

Por exemplo, para autores como Margarida Lima Rego, a distinção entre seguros de grupo contributivos e não contributivos é determinante para a sua qualificação como seguros de grupo. Entende esta autora que só os seguros por conta de outrem são seguros de grupo em sentido próprio e por isso só os seguros de grupo não contributivos são seguros de grupo em sentido próprio, sendo os aderentes os terceiros no interesse dos quais o contrato é celebrado; os chamados “seguros de grupo contributivos” já não são genuínos seguros de grupo porquanto os aderentes têm a qualidade de partes, desempenhando o tomador do seguro uma posição meramente instrumental de gestor [...] [...].

Acreditando que os aspectos referidos pela autora não podem ser desconsiderados e se reflectem, de facto, na estrutura e na fenomenologia

do contrato, a tese da sujeição da seguradora ao dever de informar diretamente o segurado encontra os obstáculos previsíveis. Enquanto, geralmente, nos contratos contributivos os três sujeitos / grupos de sujeitos estão ligados entre si por um vínculo representável por uma linha horizontal em que o sujeito posicionado no meio (o tomador do seguro) é um mero catalisador e os sujeitos posicionados nas pontas é que são as verdadeiras partes [...], nos contratos não contributivos a relação é configurável como um triângulo sem a linha de base e com o tomador do seguro posicionado no vértice: este é sujeito pelo qual tudo passa – o credor imediato da seguradora e o devedor imediato dos segurados. Se, no âmbito de seguros contributivos, ainda pode compreender-se que se convoque o princípio da boa fé e se estenda, por via dele, à seguradora a sujeição a deveres de informação e esclarecimento do conteúdo negocial (e os “desvios” referidos à jurisprudência dominante serão casuisticamente justificados), no âmbito dos não contributivos, isso já não se propicia – não se propicia tão bem. A maior distância entre a seguradora e os segurados (com o tomador de permeio) tem, necessariamente, influência no posicionamento das partes e na identificação dos comportamentos reciprocamente devidos. Não obstante não ser possível dizer que, na segunda situação, se modifica o feixe ou o conteúdo dos deveres laterais ou acessórios de conduta que impedem sobre a seguradora, o grau ou a intensidade da vinculação da seguradora perante os segurados é, compreensivelmente, menor [...].

Esclarecido isto, é possível confirmar a conclusão de que quem tinha o dever de informar o segurado das cláusulas contratuais era, em exclusivo, o tomador de seguro, ou seja, a ré T..., S.A., logo, o eventual incumprimento, por esta, de tal dever não compromete a eficácia de qualquer cláusula.

Assim, nada mais havendo, consideraram-se oponíveis ao segurado, designadamente, a cláusula que consagra a definição e os requisitos da invalidez total e permanente, a que constitui o segurado numa obrigação de apresentação de atestado multiusos e a que prevê a exclusão da cobertura complementar de invalidez total e permanente por doença das doenças do foro psicológico ou psiquiátrico (cfr. artigo 3.º, n.º 8, das Condições Particulares), todas constantes, e tal como constantes, do contrato na versão reformulada (cfr. facto provado 57). [...].» (os sublinhados são da nossa responsabilidade).

Volvendo ao caso “sub judice” e face a este entendimento que se acabou de expor, logo se tem de concluir que não pode subsistir a sentença na parte em que se julgou “...excluído do contrato, as cláusulas ou partes de cláusulas não comunicadas ao autor e que, entre outras, constituam obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, constante do art. 8º, nº2.2, al. c) e al. b) da definição de INAVLIDEZ TOTAL E PERMANENTE constante do art. 1º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013 e onde tal obrigação passou a ter consagração contratual...”.

Retomando a análise da sentença ora em recurso, tem-se que nesta, após se ter resolvido a questão da inoponibilidade ao autor, por violação do dever de comunicação, das cláusulas, ou partes delas, que acima foram

referidas, passou-se a indagar “...se a cláusula contratual constante do ponto 2) do art. 2º das Condições Especiais, enquanto condição para que seja considerada a situação de invalidez total e permanente o “reconhecimento pelo médico do segurador de que a pessoa segura está afetada duma invalidez total e permanente” é nula, por abusiva e proibida, e em resultado disso, dever-se-á ter, também, por excluída do contrato de seguro.”.

Ora, quanto a essa matéria, o entendimento do Tribunal “a quo”, resulta do extracto da sentença que se passa a transcrever:

«[...] é notório que a comprovação da situação de invalidez por exclusivo alvitre de médico indicado pelo segurador assume clara contraditoriedade face à boa fé exigível, por implicar um desequilíbrio desproporcionado e, a final, uma penalização gravosa para o autor que se vê, relativamente à consideração do seu estado, nas "mãos" exclusivas da seguradora. Na realidade, conhecedor da existência de um contrato de seguro de que era beneficiário, designadamente em caso de invalidez total e permanente, o autor adquiriu a confiança de que, caso se viesse a encontrar em tal situação, teria direito a receber a indemnização contratada”.

Destafeita, é notório que a referida cláusula, inserta no n.º 2 do artigo 2.º das condições especiais da apólice, dado este significativo desequilíbrio, é abusiva e proibida nos termos dos artigos 15º, 16º e 21.º, al. b) do Dec.-Lei n.º 446/85, de 25/10 (RJCCG), ficando a cobertura do contrato de seguro, aquém daquilo que o autor podia de boa-fé contar, tendo em consideração o objecto e a finalidade do acordo firmado, pelo que, sendo abusiva, a mesma é nula, nos termos gerais do direito, subsistindo o contrato na parte não afectada pela invalidade, e mantendo-se a obrigação de cumprimento por parte da Seguradora, caso se verifiquem os demais pressupostos para o efeito”.

Nesta medida, é forçoso concluir que dever-se-á ter por excluída tal cláusula contratual do conteúdo do contrato de seguro ao que aderiu o autor. [...]».

No Acórdão do STJ, de 27/05/2021, que temos vindo a citar, sufragou-se, com adicionais explicações, entendimento idêntico ao que se acabou de expos e que havia sido seguido na sentença que aí estava sob sindicância. Não há, assim, nesse aspecto particular, razões para divergirmos da sentença “sub judice”. Atente-se que na sentença se aponta:

«[...] as alterações contratuais introduzidas, no ano de 2013, ao conteúdo do contrato de seguro do ano de 1992, a saber:

as que constituam a obrigação de submissão e apresentação pelo segurado de atestado multiusos (art.1º, c) 2 das Condições Gerais;

a definição de invalidez total e permanente nos termos constantes do art. 1º, al.

b) das Condições Gerais do Contrato de Seguro, e a exclusão constante do ponto 8) do art. 3º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, onde se exclui da Cobertura Complementar as doenças do foro psíquico ou psicológico,

têm de considerar-se excluídas do contrato singular (cf.art. 8º, al. a), do RJCCG), não podendo a seguradora prevalecer-se dessa falta para se eximir da sua responsabilidade de ressarcir pela ocorrência do risco sob

cobertura, com fundamento no disposto no art. 4.º, n.º 1 a 3, do DL n.º 176/95 [...]».

Salvaguardadas as observações acima feitas, dissentindo desta exclusão do contrato, com o fundamento que a alicerçou - e, portanto da sua inoponibilidade ao Autor – nada se nos ofereceria dizer em desabono do entendimento do Tribunal “a quo”, quando consignou na sentença o seguinte:

«[...] Do exposto, concluímos que o autor reúne as condições previstas no contrato de seguro supra descrito e de cuja aplicação resulta para a ré seguradora a obrigação de pagar-lhe, a título de cobertura complementar de invalidez total e permanente por doença, o valor contratado de € 97.492,50 (€ 2.321,25 x 42) e que o autor reclamou junto da F..., S.A, pedido a que esta não deu atendimento.

A obrigação de pagamento da referida indemnização constitui-se à data da interpelação pelo autor - que cf. doc ... da petição inicial, ocorreu pelo menos, até 16 de Novembro de 2015. E ao não atender ao pedido do autor, constituiu-se a ré seguradora em mora e como tal, também no valor correspondente aos juros de mora, calculados à taxa legal e contabilizados sobre aquela referida quantia de capital, desde a data de constituição em mora e até seu efectivo e integral pagamento. [...]».

Contudo, resulta daquilo que mais acima se expôs - no sentido de o dever de informar o segurado das cláusulas contratuais caber, em exclusivo, ao tomador de seguro, ou seja, a ré T..., S.A. -, não se podem considerar, com tal fundamento, excluídas do contrato, com as alterações introduzidas em 2013, e, portanto, inoponíveis ao Autor, as cláusulas atinentes:

- À obrigação de submissão e apresentação pelo segurado de atestado multiusos (art.1º, c) 2 das Condições Gerais;
- À definição de invalidez total e permanente nos termos constantes do art. 1º, al. b) das Condições Gerais do Contrato de Seguro,
- À exclusão constante do ponto 8) do art. 3º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, onde se exclui da ... as doenças do foro psíquico ou psicológico.

Em face disso e da matéria de facto provada, a acção teria de improceder, quer por falta de prova, por parte do Autor, de factos constitutivos do seu direito (artº 342, nº 1, do CC), quer, se assim se não entendesse, em virtude de se terem provado situações que, preenchendo o estabelecido em cláusulas de exclusão da cobertura do seguro, obstavam a que a Seguradora se considerasse obrigada a, com base nesse contrato, indemnizar o Autor.

Sucedendo que o Autor formulou o seguinte pedido subsidiário, que, adiante-se – pois que absolvição da Ré “T..., S.A.”, transitou em julgado -, só pode ser tido em conta quanto à ora Recorrente:

“D) Independentemente da falta de comunicação da obrigatoriedade de apresentação de Atestado Multiusos e da exclusão da Cobertura Complementar de doenças do foro psíquico ou psiquiátrico, sempre os segmentos das cláusulas a elas correspondentes devem considerar-se nulas, porque proibidas, uma vez que violam o princípio da boa-fé, que deve conformar os contratos e constituem manifesto abuso de direito; assim como e por violação de iguais princípios, conformadores dos

contratos, igualmente se deve ter por nula e excluída, a exigência de apresentação de Atestado Multiusos e a sua conjugação com a exclusão de doenças do foro psicológico ou psiquiátrico quando, e na sua sequência, sejam abrangidas doenças de foro neurológico.”.

De todo o modo, as cláusulas contratuais gerais, proibidas “ex vi” do Dec.Lei n.º 446/85 de 25/10, uma vez que são nulas, nos termos aí estatuídos, habilitam a que o Tribunal conheça oficiosamente essa nulidade (art.ºs 12.º do DL 446/84 e 286.º, do CC), não sendo de olvidar, que também são proibidas, porque contrárias à boa fé e, portanto nulas (v.g. Art. 12.º do citado diploma), as cláusulas abusivas, à luz dos critérios enunciados no art. 16.º do Regime Jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais.

Ora, quanto à obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, com repercussão evidente, na definição de invalidez total e permanente constante da alínea b) do artigo 1.º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013, perfilha-se o entendimento expendido no Acórdão desta Relação de Coimbra, de 26/01/2021 (Apelação nº 2628/17.0T8VIS-A.C1 – Relator: Des. Moreira do Carmo), onde se escreveu:

«[...] Tal art. 8.º, refere-se às obrigações das partes, em caso de sinistro, designadamente da pessoa segura, em caso de invalidez. Visando promover a demonstração do preenchimento da cláusula das condições gerais, prevista no acima mencionado art. 1.º, a) a c), alusiva à invalidez total e permanente.

Ora, em situação similar se pronunciou o Ac. do STJ de 30.11.2017, Proc.1329/14.6T8LSB, em www.dgsi.pt (citado pelos recorrentes), que subscrevemos e que passamos a acompanhar de perto na parte relevante. A aplicabilidade das condições gerais, como parte integrante do conteúdo da vinculação recíproca das partes contratantes, leva também a que estas devam ser observadas, na parte em que estatuem sobre os procedimentos a desenvolver com vista à verificação dessa invalidez, sem prejuízo de as exigências nelas feitas poderem suscitar um juízo crítico se não forem conformes ao regime das cláusulas contratuais gerais.

Aí, no dito art. 8.º, n.º 2.2, c)2, exige-se o envio de:

- relatório do médico assistente que indique as causas, a data do início, a evolução e as consequências da lesão corporal e ainda a informação sobre o grau de invalidez verificada e a sua provável duração;
- documento comprovativo do reconhecimento da invalidez emitido pela instituição de Segurança Social ou pelo Tribunal de Trabalho;
- documento descrevendo a atividade profissional ou ocupação principal exercida pela pessoa segura antes de ter sido afetada pela Invalidez;
- atestado médico de incapacidade multiuso.

É a conformidade da exigência deste último documento com o regime das cláusulas contratuais gerais que os recorrentes questionam.

O atestado em causa está previsto no DL 202/96, como acima já se referiu. E como acima já se mencionou, lê-se no seu art. 1.º que tal diploma rege a avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei, designadamente na Lei nº 38/2004, de 18.8, para facilitar a sua plena participação na

comunidade.

Devendo as pessoas com deficiência apresentar os respetivos requerimentos de avaliação de incapacidade através de estruturas públicas da saúde – nomeadamente o delegado de saúde da sua residência habitual – com vista à sua submissão a uma junta médica, após o que o presidente desta emite o atestado médico de incapacidade multiuso, em que se indica expressamente qual a percentagem de incapacidade do avaliado, tudo isto de acordo com os arts. 3º e 4º do diploma referido. Trata-se, pois, de um atestado previsto na lei para um fim vinculado, de interesse público, o que justifica a intervenção de um sector específico da Administração Pública para garantir a eficácia das medidas de apoio a deficientes.

Porém, no caso em apreço não se verifica esta justificação para a intervenção da Administração Pública.

A exigência deste atestado por um segurador, como meio indispensável para o cumprimento, por este, de uma prestação a que está, eventualmente, obrigado perante um particular por contrato de seguro, constitui uso abusivo de um instrumento legal que é concebido pelo Estado para uma finalidade específica, na linha do imperativo constante do art. 71º, nº 2 da Constituição da República Portuguesa, segundo o qual “O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência [...]”. Está, na verdade, fora deste contexto legal o pedido de emissão desse atestado para efeitos da sua apresentação ao segurador, e não para acesso a medidas e benefícios legais.

Seria admissível uma cláusula prevendo que a pessoa segura pudesse apresentar esse atestado ao segurador se o mesmo já tivesse sido emitido em seu favor, sem que na apólice se previsse a obrigatoriedade dessa apresentação.

Mas a obrigatoriedade estabelecida a este propósito no contrato de seguro, apesar da eventualidade de, por razões várias, a pessoa segura não estar em condições de obter o dito atestado e de, por isso, lhe ser impossível satisfazer essa exigência contratual, constitui violação da boa fé, tornando a correspondente estipulação contratual proibida e, por isso, nula, à luz das disposições combinadas dos arts. 12º (cláusulas proibidas que geram nulidade), 15º (princípio geral de proibição de cláusulas contrárias à boa fé) e 16º (concretização da norma anterior) do DL 446/85.

Como assim, os recorrentes têm razão ao defender que tal cláusula é nula, não podendo, pois, ser considerada, e como tal o referido atestado médico não podia ser exigido pela seguradora ao segurado embargante KK (nem ao tomador do seguro, a exequente C(...)).

- Alegam, também, os recorrentes que a seguradora age com abuso de direito ao exigir tal atestado médico para preencher a definição de invalidez total e permanente prevista no contrato de seguro.

Não fosse a cláusula ser nula, e, portanto, de desconsiderar, não deixaríamos de dar razão aos apelantes. [...]».

Perfilhando nós este entendimento, são, no caso “sub judice”, de ter como proibidas, porque abusivas e, consequentemente, nulas, as cláusulas, ou partes de cláusulas que impõem a obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, nomeadamente a alínea b) da definição de

invalidez total e permanente constante do artigo 1º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013.

Merece o mesmo tratamento, a cláusula, introduzida em 2013, que, restringindo de forma desproporcionada e desprovida de qualquer explicação racional, o âmbito de cobertura complementar do seguro, exclui desse âmbito as doenças do foro psíquico ou psiquiátrico.

Acresce que, no caso, se provou que o Autor não sofre de qualquer doença do foro psicológico ou psiquiátrico, mas sim do foro neurológico, que só por si o incapacita para o trabalho, assim como o incapacitava à data da sua aposentação (51 dos factos provados).

Ora, atento o acima exposto e que leva à desconsideração do referido clausulado, têm-se como correcto, não obstante a incapacidade referida no ponto 60, o entendimento que se segue, expendido na sentença recorrida: «[...] Emana dos factos provados que o autor aderiu, em particular, às seguintes cláusulas do contrato de seguro dos autos:

- "O Segurador garante o pagamento de um capital, de valor indicado nas Condições Particulares, se a Pessoa Segura, devido a doença, ficar com uma Invalidez Total e Permanente (...)" - cfr. artigo 1.º das condições especiais;

- "DOENÇA - Entende-se por doença toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva.

-INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE - Entende-se por Invalidez Total e permanente o estado que incapacite a Pessoa Segura, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões. Para que seja considerada essa Invalidez terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições:

1.Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas....

3. Perda definitiva da capacidade de ganho superior a 2/3 (cf. art. 2.2 das condições especiais).

Sublinhe-se que tal densificação do conceito de invalidez total e permanente não contraria a boa fé nem confere à seguradora vantagem injustificada e desproporcionada: clarifica o risco coberto pelo seguro (e ponderando a finalidade do contrato, essa era a cobertura que segurado podia legítima e razoavelmente contar), não importa qualquer redução, desproporcionada ou drástica do risco coberto, em detrimento do segurado e em injustificado favor da seguradora; e é compreensível e expectável o estabelecimento de cláusula que defina o conceito de invalidez total e permanente- as referidas cláusulas reconduzem à situação em que o segurado (aderente da cláusula), por doença ou acidente, fica total e irreversivelmente incapacitado para exercer a sua profissão ou outra profissão remunerada ou actividade lucrativa compatível com os seus conhecimentos, não restringe os direitos do segurado aderente de modo a frustrar a confiança que o mesmo, razoável e legitimamente, depositava no contrato quanto ao risco coberto, face ao sentido global das cláusulas, ao processo de formação do contrato e ao seu teor, não

esvaziando de conteúdo o objectivo visado pelas partes que o outorgaram. E resiste ao teste de conformidade com a protecção da confiança: ponderando o contrato celebrado, desde logo um contrato não contributivo, e a sua finalidade, qualquer interessado na adesão teria legitimamente de esperar que apenas ficando total e permanentemente incapacitado de exercer a sua profissão ou actividade remunerada ou outra compatível- e, assim, de auferir, rendimentos, se teria por verificado o sinistro coberto e, só em tal eventualidade, a seguradora procederia à entrega do capital seguro.

Não pode, pois, tal clausulado ter-se por abusivo, à luz dos artigos 15º e 16º do DL 446/85, de 25/10) – mesmo se excluídas da conformação do contrato e, havendo então que buscar, com recurso à actividade hermenêutica regulada no art. 236º, nº 1, do CC (ex vi art. 10º do DL 446/85, de 25/10), o sentido e alcance decisivo da expressão (usado nas condições especiais do contrato) ‘invalidéz total e permanente’, sempre se teria de considerar (ponderando o caso concreto- que um declaratório normal, colocado na posição do autor, entenderia a expressão (reveladora do risco coberto) como reportada a situação em que a pessoa fosse afectada por estado que a deixasse incapaz de exercer qualquer actividade laboral (compatível com os seus conhecimentos e aptidões (não apenas a profissão habitualmente exercida) e de obter meios de subsistência (de solver os seus compromissos com o produto de actividade laboral). Considerando a factualidade antecedente, importa questionar se o autor comprovou devidamente que o seu estado de saúde é integrador do conceito de invalidéz total e permanente, o mesmo é dizer se ocorrem as condições de verificação necessária para que tal invalidéz seja coberta no seguro dos autos.- nessa hipótese, será devido contratualmente ao autor pela ré ” a quantia de capital equivalente a 42 vezes a remuneração mensal auferida (ou seja, a quantia de capital peticionada)”.

O mesmo é dizer se estava em estado de incapacitação, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão ou qualquer outra actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões- terão de verificar-se simultaneamente as seguintes condições: 1.Persistência da incapacidade total para o trabalho durante um período não inferior a seis meses sem interrupção. Este período será alargado para dois anos nos casos de alienação mental ou perturbações psíquicas.... 3. Perda definitiva da capacidade de ganho superior a 2/3 (cf. art. 2.2 das condições especiais).

É certo que o conceito de invalidéz contratualmente explicitado não equivale automaticamente ao conceito de invalidéz absoluta adoptado no diploma que define a protecção nas eventualidades de invalidéz e velhice dos beneficiários com enquadramento obrigatório no regime geral da Segurança Social - DL nº 187/2007, de 10/05: na verdade tal diploma que define e regulamenta o regime jurídico de protecção nas eventualidades invalidéz e velhice do regime geral de segurança social (regime geral) prevê protecção com o objectivo de compensar a perda de remunerações de trabalho motivada pela ocorrência das eventualidades referidas no número anterior. Refere no seu art. 2º: sob a epigrafe, Caracterização das

eventualidades, na parte que nos interessa:

1 - Integra a eventualidade invalidez toda a situação incapacitante de causa não profissional determinante de incapacidade física, sensorial ou mental permanente para o trabalho....3 - Para efeitos do disposto no n.º 1, considera-se situação incapacitante de causa profissional a que resulta de acidente de trabalho ou de doença profissional.

E nos seus artigos 14.º e 15º, distingue:

---Invalidez relativa (art. 14º): 1.Considera-se em situação de invalidez relativa o beneficiário que, em consequência de incapacidade permanente, não possa auferir na sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal. 2 - A incapacidade para o trabalho é permanente quando seja de presumir que o beneficiário não recupera, dentro dos três anos subsequentes, a capacidade de auferir no desempenho da sua profissão mais de 50% da retribuição correspondente. 3 - A incapacidade referida no número anterior reporta-se ao exercício da última profissão desempenhada pelo beneficiário no âmbito do regime geral.4 - Se, à data do requerimento da pensão, o beneficiário exercer, simultaneamente, mais de uma profissão abrangida pelo regime geral, a invalidez só lhe é reconhecida se a redução de capacidade de ganho prevista se reportar à profissão com remuneração mais elevada.

---Invalidez absoluta (art. 15º): 1 - Considera-se em situação de invalidez absoluta o beneficiário que se encontre numa situação de incapacidade permanente e definitiva para toda e qualquer profissão ou trabalho.2 - A situação de incapacidade considera-se permanente e definitiva quando o beneficiário não apresenta capacidades de ganho remanescentes nem seja de presumir que o beneficiário venha a recuperar, até à idade legal de acesso à pensão de velhice, a capacidade de auferir quaisquer meios de subsistência.

A matéria de facto apurada evidencia,- cf. facto 37 dos provados que no mês de Janeiro do ano de 2015, o Instituto da Segurança Social IP – Centro Nacional de Pensões, por ofício datado de 20.01.2015, notificou o Autor de que o seu requerimento de pensão tinha sido deferido e que se encontrava reformado por Invalidez Relativa, ofício constante como Doc. ...4. (facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob J)).

O autor foi trabalhador efectivo da S... SA, aqui ré “T..., S.A.” até à data em que, por força da reforma por invalidez relativa, cessou aquela qualidade de trabalhador: extrai-se do facto 7º dos provados que o a autor, a 01 de Maio de 1983, celebrou com a ré S... SA contrato subordinado de trabalho e

integrou o seu quadro de efectivos a partir de 01 de Maio de 1983, tendo-se mantido seu trabalhar até 09 de Fevereiro de 2015, tal como consta do certificado de trabalho que é doc. ... da p.i... (art.9º da petição inicial)- facto com arrimo documental e aceite por acordo, cf. factos assentes enunciados anteriormente sob G)).

O autor reclamou da ré seguradora o pagamento do capital seguro, tendo entregue a esta os docs. aludidos no facto 38 dos provados: o autor contactou os serviços administrativos da Ré T..., S.A. para que lhe indicassem os procedimentos necessários ao recebimento do capital

seguro, no âmbito do contrato de seguro titulado pela Apólice ..., encaminhamento que tais serviços fizeram, tal como já o tinham feito a seus colegas de trabalho, anteriormente aposentados por invalidez e no seguimento do qual fez- lhes entrega, para que fosse remetida à primeira ré de:

- Comunicação da atribuição de Pensão de Invalidez (Cfr/Doc. ...4),
- Relatório do Médico Assistente, Dr BB, elaborado em impresso próprio facultado pela Ré Seguradora, de avaliação de incapacidade, que se junta e se dá por reproduzido (Doc. ...5). (art.71º e 72º da petição inicial).

Note-se que “a invalidez que agora – por contraposição – se chama relativa, era a invalidez, quando só um conceito havia, e mantém a presunção de permanente, a referência ao terço da remuneração e ao prazo de garantia que já existia (Ilídio das Neves, Dicionário Técnico e Jurídico de Protecção Social, Coimbra Editora, 2001, págs. 418/419); o que mudou foi a consagração de um regime mais favorável para o que hoje, e como novidade, se chama invalidez absoluta (fixação de um prazo de garantia mais baixo, não aplicação do factor de sustentabilidade, no momento da conversão da pensão por invalidez em velhice e a fixação de uma regra mais favorável nos, assim chamados, mínimos sociais).”

Na verdade, apurou-se que, à data em que os serviços da segurança social o reformaram por invalidez relativa, o autor auferia uma remuneração mensal paga pela segunda ré, sua entidade patronal, de € 2.321,25, conforme consta dos recibos de remunerações correspondente ao mês de Julho de 2014, cf. doc. ...4) (artigo 162º da petição inicial).

Ademais, nos termos da acta adicional n.º ...4, as quantias conferidas ao beneficiário, a quem seja reconhecida a cobertura de invalidez total e permanente "têm início à data em que a Segurança Social a definiu". A asserção, em causa, tem manifestamente o desiderato de fazer retroagir à data da verificação da situação de invalidez pela Segurança Social, o momento a partir do qual é devido o capital seguro, pelo que, pode ter-se por certo, no caso, o momento a partir do qual era devida a prestação da ré seguradora.

In casu está demonstrado – para efeitos do DL nº 187/2007, de 10/05 - que incapacidade relativa pela qual lhe foi atribuída a pensão de invalidez corresponde à incapacidade para o exercício da sua profissão – isto é, não pode auferir na sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal- , o que significa que a perda da sua capacidade de ganho é total, tal como é definido atrás no contrato de seguro.

Mas - cf. facto 61, entendemos que as sequelas que o autor apresentava não só eram impeditivas do exercício da sua actividade profissional - ou qualquer actividade por turnos, mas também de qualquer actividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões que lhe assegurasse capacidade de ganho mínima até 1/3: por simples presunção judicial, considerando a sua idade e a natureza das funções desempenhadas, as sequelas apresentadas (facto provado sob 23), o valor da sua remuneração, assim como a estrutura da empresa, não sendo possível reconversão do posto ou reclassificação profissional (factos 30 e 58), inferimos não ser possível o desempenho de actividade remunerada

compatível com os seus conhecimentos e aptidões que assegurasse uma capacidade de ganho até 1/3- o que arrima o facto afirmado sob 61. Considerando a factualidade provada, mostra-se ter o autor comprovado devidamente que o seu estado de saúde era integrador quer do conceito de invalidez total e permanente, quer das condições de verificação necessária para que tal invalidez tenha de ter por coberta no seguro dos autos. [...]».

Assim, validada que foi, mais acima, o que, quanto ao montante indemnizatório e respectivos juros, fixou o Tribunal “a quo”, importa concluir, ante tudo o que ficou exposto, que, embora com fundamentação não totalmente coincidente com aquela que foi utilizada na sentença recorrida, a aí proferida **condenação da Ré Companhia de Seguros, SA**, a pagar ao Autor a quantia de capital de € 97.492,50 e os juros de mora vencidos e vincendos aí indicados, têm a nossa plena concordância, improcedendo, pois, a Apelação, já que os pedidos formulados que não obtiveram aqui atendimento, constituíam, apenas, parte da “ratio decidendi” da apontada condenação.

IV – Decisão:

Em face de tudo o exposto, **decidem os Juízes deste Tribunal da Relação**, em, julgando a Apelação improcedente:

1)- Absolver a Recorrente dos pedidos formulados na alínea B) e C), da petição inicial e, conseqüentemente, revogar a sentença, no que respeita ao que, com fundamento na falta de comunicação das cláusulas aí abarcadas, ou de parte delas, foi consignado nos itens nº iii) e iv), da respectiva parte dispositiva;

2)- Considerar procedente o peticionado sob a alínea E) do articulado inicial do Autor, e julgar nulas, porque abusivas e, por isso proibidas, as cláusulas ou partes de cláusulas do contrato “sub iudice”:

- Que impõem a obrigação de submissão e apresentação de Atestado Multiusos, nomeadamente a alínea b) da definição de invalidez total e permanente constante do artigo 1º das Condições Gerais do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013;

- Constante do ponto 8), do art. 3º das Condições Particulares do Contrato de Seguro, na sua formulação de 2013, e que exclui do âmbito de cobertura complementar do seguro, as doenças do foro psíquico ou psiquiátrico;

3)- Confirmar, na parte restante, a decisão recorrida, confirmando, designadamente, **a condenação da ré F., S.A no pagamento ao autor da quantia de capital de € 97.492,50** (noventa e sete mil quatrocentos e noventa e dois euros e cinquenta cêntimos) correspondente a 42 vezes o salário base à data do evento, a que acresce valor correspondente aos juros de mora vencidos e vincendos, calculados à taxa legal, que à data da propositura se traduzem em 4% ao ano, contabilizados sobre aquela referida quantia de capital, desde a data de constituição em mora, 22/07/2016, e até efectivo e integral pagamento.



Custas pela Apelante (artºs 527º, nºs 1 e 2, 607º, nº 6, 663º, nº 2, todos do NCPC).

Coimbra, 22/11/20228

(Luiz José Falcão de Magalhães)
(António Domingos Pires Robalo)
(Sílvia Maria Pereira Pires)

1 Segue-se a grafia anterior ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, respeitando-se, em caso de transcrição, a grafia do texto original.

2 Transcrição de extracto do relatório da sentença ora sob recurso.

3 Que doravante, que se designará como “NCPC”, só se usando a sigla “CPC” para referir o código pretérito, ou, excepcionalmente, nos casos em que transcrevemos texto onde esta última sigla foi já utilizada para identificar o novo Código de Processo Civil.

4 Acórdão do STJ, de 06 de Julho de 2004, Revista nº 04A2070, embora versando a norma correspondente da legislação processual civil pretérita, à semelhança do que se pode constatar, entre outros, no Ac. do STJ de 13/09/2007, proc. n.º 07B2113 e no Ac. do STJ de 08/11/2007, proc. n.º 07B3586, todos estes arestos consultáveis em “<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf?OpenDatabase>”.

5 Consultável - tal como os acórdãos da Relação de Coimbra, que, sem referência de publicação, vierem a ser citados -, em <http://www.dgsi.pt/jtrc.nsf?OpenDatabase>.

6 Consultável em “<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf?OpenDatabase>”. 7 Consultável em “<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf?OpenDatabase>”. 8 Acórdão processado e revisto pelo Relator.