

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA | CÍVEL

Acórdão

Processo

3325/15.7T8SNT.L1.S1

Data do documento

17 de junho de 2021

Relator

Ferreira Lopes

DESCRITORES

Atestado médico > Incapacidade > Força probatória > Livre apreciação da prova > Competência do supremo tribunal de justiça

SUMÁRIO

I - Um atestado médico multiuso emitido por uma Administração Regional de Saúde, por meio de Junta Médica para verificação de incapacidades, não pode ser considerado, para efeitos probatórios, um documento autêntico;

II - Trata-se antes de uma conclusão pericial, sujeita à livre apreciação do julgador (art. 389º do CCivil);

III - Não havendo ilegalidade na apreciação da prova, a matéria de facto fixada na Relação é insindicável pelo STJ (nº 3 do art. 674º do CPC).

TEXTO INTEGRAL

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça

AA e BB, intentaram a presente acção declarativa de condenação com processo comum contra **Companhia de Seguros Fidelidade Mundial S.A.**, pedindo a condenação da Ré:

(i) na verificação do sinistro que aportou à Autora uma Incapacidade Absoluta Definitiva superior a 66,6%, para os efeitos estabelecidos nas coberturas complementares do seguro do ramo vida, titulado pela apólice n.º ...53, considerando-se excluídas por nulas as cláusulas das condições gerais, particulares e especiais do seguro que não foram objecto de comunicação efectiva; subsidiariamente,

(ii) na verificação do sinistro que aportou à Autora uma IPP de 76% e uma incapacidade/invalidez absoluta e definitiva com incapacidade para o trabalho, reforma antecipada por invalidez e dependência de 3.ª pessoa; em qualquer dos casos

(iii) a proceder, junto da Caixa Geral de Depósitos, à amortização imediata e integral do capital seguro que se mostre em dívida, exonerando total e definitivamente os AA. das obrigações por estes assumidas por força do mútuo contratado em 29-05-2007;

(iv) a pagarem aos Autores as importâncias correspondentes a todas as quantias por estes pagas à Caixa Geral de Depósitos ao abrigo do plano prestacional de amortização do empréstimo concedido aos Autores, desde a data do sinistro até à citação, e que em Outubro de 2014 totalizavam € 20 843,64, acrescida de juros à taxa legal supletiva;

(v) a pagar aos Autores todas as quantias que estes venham a suportar na pendência da presente acção, por conta do contrato de mútuo supra referido, incluindo encargos bancários, acrescida de juros à taxa supletiva legal.

Alegaram para tanto e em síntese:

- celebraram em 29-05-2007, com a Caixa Geral de Depósitos S.A, um contrato de mútuo hipotecário para aquisição de habitação própria e permanente, no âmbito do qual, e por causa do mesmo, declararam aderir a um seguro colectivo do ramo vida, com a apólice n.º ...;

- através do referido contrato de seguro a Ré Fidelidade Mundial aceitou o risco de verificação dos seguintes sinistros: a) morte durante o prazo de empréstimo, no máximo até ao final do ano civil em que a pessoa segura complete 75 anos; b) invalidez absoluta e definitiva durante o prazo do empréstimo, no máximo até ao fim do ano civil em que a pessoa segura complete 65 anos de idade;

- aquando da subscrição do contrato seguro apenas foi comunicado aos autores que a Ré garantia o risco de invalidez absoluta e definitiva até aos 65 anos, nada tendo sido explicado ou comunicado acerca das condições especiais e particulares da apólice;

- Em 05-05-2008, na sequência de uma consulta de reumatologia, a Autora foi submetida a uma cintigrafia óssea, tendo-se apurado que a Autora mulher padecia de Espondilite e sacro-elite bilateral, com actividade inflamatória, tendo a mesmo passado a ser seguida no Instituto de reumatologia;

- Na sequência do agravamento dos sintomas e patologia, a Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes da Segurança Social, em 22-05-2009, deliberou que a Autora padece de incapacidade

permanente para o exercício da profissão, com efeitos reportados a 12-03-2009, tendo a Segurança Social atribuído à Autora mulher uma pensão por invalidez;

- Em 07-12-2009 foi reconhecido à autora uma incapacidade de 71% e em 21-03-2011 uma incapacidade permanente global de 76%, tendo a Segurança Social, em Julho de 2011, atribuído o Complemento por Dependência do 1.º Grau;

- a Autora acionou junto da Ré a cobertura da invalidez absoluta e definitiva prevista na apólice, tendo a Ré solicitado (i) Relatório preenchido pelo médico assistente mencionando a data do diagnóstico da patologia que esteve na origem da invalidez; (ii) documento da CGA; e modelo do complemento de Terceira Pessoa, a confirmar a necessidade da pessoa segura recorrer à assistência de uma terceira pessoa;

- A Ré declinou a responsabilidade, por carta de 29-09-2011;

Citada, a ré contestou, excepcionando a legitimidade do Autor marido para a presente acção, impugnou a matéria de facto e deduziu reconvenção na qual peticionou a declaração de anulabilidade do contrato de adesão.

Os Autores apresentaram réplica, pugnando pela improcedência da reconvenção.

Foi requerida e admitida a intervenção principal provocada, como associada da Ré, da Caixa Geral de Depósitos.

///

A sentença julgou a acção procedente, nos seguintes termos:

a) Considero excluídas, por falta de comunicação e como tal inoponíveis aos Autores, as cláusulas que façam depender a efectivação da cobertura de outros critérios que não a verificação de uma IPP igual ou superior a 66,6% e idade inferior a 65 anos;

b) Julgo verificado o sinistro que aportou à Autora uma incapacidade absoluta e definitiva, traduzida numa IPG de 71%, desde 2009, condenando-se a Ré Companhia de

Seguros Fidelidade Mundial S.A. a reconhecê-lo;

c) Condena-se a Ré a proceder ao pagamento do capital seguro em dívida, junto da tomadora de Seguro, exonerando os Autores das obrigações assumidas perante a Caixa Geral de Depósitos;

d) Condeno a Ré a pagar aos Autores as importâncias correspondentes a todas as prestações por estes pagas à CGD, ao abrigo do contrato de mútuo hipotecário celebrado em 29-05-2007, desde 2009 até à citação dos Réus, acrescidas de juros de mora à taxa de 4%, até à citação da Ré.;

e) Condeno a Ré a pagar aos Autores todas as quantias que os mesmos tenham suportado na pendência da presente acção por conta do mútuo hipotecário celebrado em 29-05-2007.

- julgo a reconvenção improcedente, por não provada, absolvendo os Autores do pedido de anulação do contrato de seguro, formulado pela Ré.

A Ré apelou da sentença, com sucesso, pois que o Tribunal da Relação ..., na parcial procedência do recurso decidiu:

“Consideram-se excluídas, por falta de comunicação e como tal inoponíveis aos AA, as cláusulas que façam depender a efectivação da cobertura de outros critérios que não a verificação de uma IPP igual ou superior a 66,6% e idade inferior a 65 anos;

b) Absolve-se a Ré dos restantes pedidos;

c) Confirma-se a improcedência da reconvenção e absolvição dos AA/reconvindos do pedido reconvenicional.

Inconformados com o assim decidido, os AA interpuseram recurso de revista, cuja alegação rematam com as seguintes **conclusões**:

1ª. O Acórdão do Tribunal da Relação ... ora recorrido, de balde douto e extensamente fundamentado, deve ser revogado, por estar inquinado de vícios de violação de lei;

2ª. Devendo, conseqüentemente, confirmar-se, in totum, a douta Sentença de 1ª Instância, de fls., a qual se nos afigura perfeitamente correta e aportadora da justiça material reclamada pelo caso concreto;

3ª. O douto Acórdão recorrido revogou a decisão de 1ª Instância porque se estribou numa alteração da matéria de facto, com a introdução de um novo facto - o ponto 44 da matéria de facto provada -, factualidade essa que não poderia dar por provada, sob pena de violar as regras de direito probatório material;

4ª. Com efeito, a decisão recorrida procedeu a uma alteração factual baseada na apreciação que fez do relatório pericial elaborado pelo INMLCF, IP, de fls., relatório esse que é, por definição, um meio de prova não tarifado ou legal, sujeito à livre apreciação do julgador;

5ª. Sucede que, ao proceder dessa forma, o Tribunal da Relação ... pôs em crise a prova produzida por meio de documento autêntico, como seja a prova emergente dos documentos juntos pelos AA. com a PI de fls., nomeadamente aqueles juntos como docs. 9 e 10;

6ª. Prova essa que havia sido determinante na formação do juízo decisório do Tribunal de 1ª Instância (que, por essa razão, ainda que tacitamente, havia desconsiderado as conclusões da prova pericial);

7ª. E que está na origem da factualidade provada sob os pontos 9 a 15 do probatório da sentença de fls., que foi integralmente confirmado pelo Tribunal da Relação ...;

8ª. Ora, o Tribunal da Relação partiu, com o devido respeito, do entendimento incorreto de que os documentos em causa, aportados pelos AA., eram meros documentos particulares, que não são, sujeitando-os ao confronto com o relatório pericial de fls., dando primazia às conclusões deste último;

9ª. Sendo esse o raciocínio que consentiu ao Tribunal ora recorrido proceder à alteração da matéria de facto, com a introdução desse novo artigo 44º;

10ª. A verdade é que, por esta via, o Tribunal da Relação colide com as regras de direito material;

11ª. Sendo mister, ao abrigo dos poderes que lhe são conferidos pelo artigo 674º do CPC, que o Supremo Tribunal de Justiça intervenha, determinando que tal alteração factual seja expurgada, mantendo-se a factualidade dada por provada pela 1ª Instância;

12ª. Dado que, como vimos, os factos dados por provados pela 1ª Instância emergem de documentos que são dotados de força probatório plena, dado que são emitidos por entidades com competência legal, sendo reconhecidos como documentos autênticos;

13ª. De resto, a não ser assim, e sem prescindir ou conceder, a decisão ora recorrida fica exposta a claro vício de nulidade, dado que a decisão assenta em factos que são contraditórios e excludentes entre si;

14ª. Contradição a que não obsta o facto do Tribunal da Relação ter entendido que a forma como os factos descritos sob os pontos 9 a 15 da fundamentação da sentença de 1ª Instância - que, de resto, deu por integralmente reproduzidos -, estavam descritos de forma deficiente;

15ª. Dado que tal, com o devido respeito, implicaria reconhecer o não uso, pelo Tribunal da Relação ..., de forma plena, do poder-dever que lhe assiste, relativamente à matéria de facto, conferido pelo artigo 662º do CPC;

16ª. Legitimando, nesse caso, em nosso modesto entender, a intervenção corretiva do Supremo Tribunal de Justiça;

17ª. De resto, e sem prescindir ou conceder, o douto Acórdão recorrido manifesta contradições outras entre a sua fundamentação e o dispositivo, dado que, no mesmo, reconhece o expurgo de quaisquer cláusulas que façam depender a efetivação da cobertura de outros critérios que não a verificação de uma IPP igual ou superior a 66,6% e idade inferior a 65 anos, e, por outro lado, lucubra sobre os pressupostos da invalidez definitiva e absoluta;

18ª. Em qualquer caso, a verdade é que estão verificados os pressupostos de responsabilidade da R. Fidelidade, decorrentes das coberturas do seguro, tal como elas foram reconhecidas pelas Instâncias, com base as exclusões que foram determinadas, por violação do dever de informação;

19. Devendo, assim, revogar-se o douto Acórdão recorrido, confirmando-se a douta Sentença de 1ª Instância, de fls., com todas as legais consequências;

Contra alegou a Ré pugnando pela improcedência da revista.

Colhidos os vistos, cumpre decidir.

///

Fundamentação.

O acórdão recorrido deu como provada seguinte factualidade:

1. Os Autores celebraram em 29-05-2007 com a Caixa Geral de Depósitos S.A., contrato de mútuo hipotecário para aquisição de habitação própria e permanente, ao qual foi atribuído o número PT00... .
2. No âmbito do referido contrato de mútuo hipotecário, e por causa do mesmo, os Autores, por indicação da Caixa Geral de Depósitos, declararam aderir a um seguro colectivo do Ramo Vida, com a apólice n.º ... 53, no qual é tomadora e beneficiária a Caixa Geral de Depósitos, pessoas seguras os Autores e seguradora a Companhia de Seguros Fidelidade Mundial.
3. O referido contrato consubstancia um seguro de grupo, subscrito pela CGD junto da Ré, para vigorar relativamente a uma universalidade de contratos da natureza e do tipo daquele que foi referido em 1.
4. O contrato referido em 2. iniciou a sua vigência em 29-05-2007, sujeito a renovações anuais a 1 de Janeiro de cada ano, com a duração de 35 anos e 120 000,00€ de capital seguro.

5. Nos termos da apólice nº.53 através do referido seguro a Companhia de Seguros Fidelidade obrigou-se a garantir o pagamento do capital máximo em dívida em cada anuidade ao beneficiário em caso de (i) morte até aos 75 anos; (ii) invalidez absoluta e definitiva até aos 65 anos.

6. O referido contrato de seguro tem as condições Gerais e Especiais constantes do documento de fls. 52 e ss., as quais aqui se dão por integralmente reproduzidas, e das quais consta, nomeadamente:

Condições gerais:

Art. 2.º - Imposições Fundamentais

4. As omissões e declarações inexactas ou incompletas feitas pelo Tomador de Seguro e/ ou pelas Pessoas Seguras, que alterem apreciação do risco, tornam nulas as garantias do contrato susceptíveis de por elas serem influenciadas. Fica, porém, ressalvado o direito aos valores de resgate sempre previsto nas condições particulares.

(..)

Art. 4 .º - Riscos Seguráveis

O contrato abrangerá, conforme estipulado nas condições Especiais e Particulares:

1. A cobertura principal, garantindo, isolada ou conjuntamente, os riscos de vida e morte e podendo ser integrada ou complementada por uma operação fin anceira;
2. Coberturas complementares, garantindo em conjunto com a cobertura principal, riscos de danos corporais como a invalidez ou outros que possam afectar a vida humana.(...)

Art. 9.º Condições de Exigibilidade das importâncias Seguras: Relativamente a cada pessoa Segura as importâncias seguras só poderão tornar -se exigíveis após a apresentação dos seguintes documentos, além de outros previstos nas condições especiais

RISCO DE MORTE

Certidão de óbito da pessoa segura

Certificado médico onde se declare as circunstâncias, causas, início e duração da doença ou lesão que provocaram a morte da pessoa segura.

RISCO DE INVALIDEZ

Atestado detalhado, passado por médicos que tratam e/ou trataram a Pessoa Segura, indiciando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução e provável duração do estado de invalidez;

Relatório circunstanciado sobre actividade exercida pela pessoa segura na data da ocorrência do estado de invalidez.

RISCO DE VIDA

Prova de vida da pessoa segura.

(...)

4. A seguradora reserva - se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entenda convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades. Neste caso o custo dos elementos solicitados serão a cargo da seguradora.

(...)

RAMO VIDA

SEGUROS DE GRUPO

COBERTURA COMPLEMENTAR DE INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Art. 1.º Garantia

Relativamente a cada pessoa segura, a Seguradora garante, em caso de invalidez Absoluta e Definitiva, causada por doença ou acidente, o pagamento do capital desta cobertura complementar, de valor indicado nas condições particulares

Art. 2.º Definições

Doença – Entende - se por doença toda a alteração involuntária do estado de saúde da pessoa segura, não causado por acidente e susceptível de constatação médica objectiva.

Acidente - Entende - se por acidente o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origem lesões corporais passíveis de constatação objectiva.

Invalidez **Absoluta e Definitiva** - A Pessoa Segura é considerada no estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando, em consequência de acidente ou doença, susceptível de constatação médica objectiva, fique total e definitivamente incapacitada de exercer qualquer a actividade remunerável e necessite de recorrer, de modo contínuo, à assistência de uma terceira pessoa para efectuar os actos normais da vida diária, não sendo possível prever qualquer melhoria, com base nos conhecimentos médicos actuais.

Artigo 3.º Exclusões

Além das exclusões referidas no art. 5.º das Condições Gerais, fica ainda excluído o risco de invalidez absoluta e definitiva resultantes de:

(...).

3 . A invalidez resultante de qualquer incapacidade ou doença de que a pessoa Segura seja portadora à data da sua inclusão no seguro, não se encontra coberta a não ser que o contrário seja estabelecido em documento fazendo parte do contrato. (...)"

7. Aos Autores, aquando da subscrição do contrato de adesão, apenas foi comunicado que a Ré garantia o risco morte até aos 70 anos e o risco de invalidez absoluta e definitiva até aos 65 anos.

8. Sendo que a propósito das garantias cobertas nada mais lhes foi dito ou explicado.

9. Em 20-01-2009 o diagnóstico efectuado à Autora pela médica do Instituto Português de Reumatologia era de:

- espondilartropia inflamatória com envolvimento axial e periférico, que constitui doença crónica;

- síndrome doloroso musculo esquelético difuso no contexto de Síndrome Depressivo Crónico, com incapacidade para a realização da sua actividade profissional e rigidez matinal prolongada.

10. Em 20-01-2009 a Autora estava a ser medicada com Sulfassalazina, deflazacorte, aceclofenac, ciclobenzaprina e patoprazol.

11. Em 27 de Outubro de 2009 foi detectado à Autora pela Médica do Instituto Português de Reumatologia

o quadro de poliartralgia inflamatória envolvendo coluna cervical, lombar, articulações sacroilíacas, temporo-mandibulares, ombros, punhos, cotovelos, metacarpo-falangicas e interfalangicas das mãos, ancas, joelhos, tibiotársicas e pequenas articulações dos pés com rigidez matinal de 30 minutos, compatível com diagnóstico de espondilartropatia inflamatória com envolvimento axial e periférico, que constitui doença crónica.

12. Segundo a mesma declaração do IPR a Autora apresentava dores musco esqueléticas difusas e cansaço fácil e prolongado, sintomatologia depressiva, compatíveis com a diagnóstico de síndrome doloroso musculoesquelético difuso “fribromialgia-like”.

13. Nas fases agudas da doença da Autora e mesma fica impedida de trabalhar, bem como de executar a generalidade das tarefas diárias.

14. Mercê do quadro clínico que passou a evidenciar a Autora foi acometida de um quadro depressivo major, que determinou acompanhamento médico e medicamentoso.

15. Submetida a Junta Médica a Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes deliberou, em 22-05-2009, reconhecer a incapacidade permanente para o exercício da sua profissão/trabalho, tendo como doença causadora da incapacidade espondilartropatia inflamatória com envolvimento axial e periférico; síndrome musculo esquelético difuso no contexto de síndrome depressivo, incapacidade essa com efeitos a partir de 12-03-2009.

16. Em 16-06-2009 a Segurança Social atribuiu à Autora mulher, com efeito à data de 12-03-2009, pensão de invalidez.

17. Por Junta Médica realizada no dia 21-03-2011 foi atribuída à Autora, de acordo com a TNI, uma incapacidade permanente global de 76%.

18. Posteriormente, já em 2011, a Segurança Social deferiu a atribuição à Autora de pagamento de Complemento por Dependência do 1.º grau.

19. A Autora, em Agosto de 2008 accionou junto da Ré a cobertura de invalidez absoluta e definitiva prevista na apólice do Seguro Vida Grupo n.º 53.

20. Por comunicação de 17-09-2008, a Ré veio solicitar os seguintes documentos:

a) - relatório anexo preenchido pelo Médico Assistente da Pessoa Segura, mencionando a data do diagnóstico da patologia que esteve na origem da invalidez;

b) - documento da Caixa Geral de Aposentações (ou outro similar) com data da passagem definitiva à situação de reforma; c)- complemento de terceira pessoa.

21. Por carta de 21-10-2008 a Fidelidade voltou a insistir junto da Autora pela junção do documento da Caixa Geral de Aposentações, ou outro similar com data da passagem definitiva à situação de reforma e complemento de terceira pessoa.

22. Na sequência de reclamação da Autora veio a Ré Fidelidade, por carta de 07-11- 2008 insistir pela junção dos referidos documentos.

23. Aquando da subscrição do contrato seguro apenas foram transmitidos aos autores o referido em 7. e 8. supra.

24. A informação em causa foi prestada pelos funcionários da CGD que negociaram a formalização do empréstimo hipotecário.

25. Até à ocorrência do sinistro e participação do mesmo os Autores nunca haviam contactado com qualquer funcionário da Companhia de Seguros Fidelidade Mundial.

26. Por insistência da Ré a Autora veio a juntar ao processo a documentação emitida pela Segurança Social, que comprova a concessão de complemento por dependência de 1.º grau.

27. Por carta de 29-09-2011 a Ré veio a declinar a sua responsabilidade informando “Exma. Sra.,

Tomámos conhecimento, através dos elementos de instrução do nosso processo de sinistro, ora obtidos, da existência de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco, no que respeita à apólice identificada em epígrafe.

Tais omissões ou inexactidões traduzem - se no facto de V. Exa. Ter omitido padecer de patologia reumatológica à data da adesão. Esta patologia não foi informada no questionário clínico, e caso a mesma tivesse sido informada teria determinado que esta Companhia de Seguros não tivesse celebrado o contrato com inclusão da cobertura por invalidez por doença relativa à patologia em causa.

Uma vez que o sinistro participado foi influenciado por facto relativamente ao qual houve omissões ou inexactidões negligentes, vimos pelo presente comunicar, em conformidade com o legal e contratualmente estabelecido, não nos será possível proceder ao pagamento da indemnização solicitada”.

28. No relatório de cintigrafia óssea realizado à Autora no IPO e datado de 07-05- 2008 refere-se “Dores osteoarticulares desde há 2 anos”.

29. A espondilartropia inflamatória é uma doença natural, inflamatória e auto imune.
30. A patologia reumatológica foi diagnosticada à Autora em meados de 2008, na sequência da cintigrafia óssea referida em 28.
31. A Autora nasceu em 28-01-1968.
32. Desde a data do sinistro até hoje que os Autores procederam ao pagamento de 76 prestações de amortização do empréstimo contraído junto da CGD em 29-05-2007.
33. A Autora AA propôs-se ao seguro ao Seguro de Vida Grupo – Protecção IAF, titulado pela apólice n.º ... 53 em 16 de Abril de 2007, data em que subscreveu o boletim de adesão constante de fls. 57, e que aqui se dá por integralmente reproduzido.
34. Em tal boletim a proponente, de entre o mais, respondeu ao questionário clínico nele inserto.
35. Ao preencher o mencionado questionário clínico inserto no boletim de adesão, à pergunta sobre se durante os últimos seis meses esteve doente com recurso a tratamento médico, constante do campo 1 do mesmo, respondeu “não” apondo um X na quadrícula a tal destinada.
36. De igual forma respondeu à pergunta sobre se tomava algum medicamento regularmente.
37. Às perguntas sobre antecedentes pessoais sobre se (i) sofre ou sofreu de reumatismo, gota, espondilose e sobre se (ii) sofre ou sofreu de doença das articulações (ossos, coluna, paralisias), respondeu em ambos aponto uma cruz no quadrado correspondente a resposta negativa.
38. A Ré aceitou a proposta de seguro que a Autora lhe dirigiu tomando por boas e verdadeiras as respostas dadas ao questionário clínico.
39. No boletim de adesão, assinado pela Autora, consta um campo com o seguinte teor “Declaro que tomei conhecimento das informações pré-contratuais que constam do documento que me foi entregue”., bem como um outro com o seguinte teor” Declaro ainda que respondi com verdade e completamente a todas as perguntas, consciente que quaisquer declarações incompletas, inexactas ou omissas, que possam induzir a seguradora em erro, tornam este contrato nulo e de nenhum efeito, qualquer que seja a data em que a Seguradora delas toma conhecimento.
40. Desde 2006, pelo menos, que a Autora tinha queixas de dores articulares, poliartralgia inflamatória, rigidez matinal e cansaço, sendo medicada e tratada para o efeito, tendo em 2008 sido reencaminhada

para o Instituto Português de Reumatologia.

41. A Ré Seguradora aceitou celebrar o contrato de seguro sem conhecer os antecedentes de saúde da Autora, referidos em 40.

42. Quando não está em períodos de crise a Autora faz uma vida autónoma, deslocando-se sem o auxílio de terceiros.

43. Pela funcionária da Caixa Geral de Depósitos foi explicado à Autora os pontos básicos e mais importantes do contrato de seguro acabado de celebrar.

Pela Relação foram aditados os seguintes factos:

41-A. Caso a Ré Fidelidade, quando lhe foi disponibilizado o Boletim de Adesão subscrito pela A., para aceitação ou para recusa, tivesse, por via das respostas que esta aí lhe tivesse dado, tomado conhecimento das queixas referidas em 40., não teria aceitado celebrar o contrato de seguro nas condições em que o celebrou.

41-B. Embora pudesse aceitar celebrar com a A. o dito contrato, para efeitos da cobertura de morte, e mesmo assim só o fazendo com um prémio de seguro mais oneroso, não aceitaria a cobertura de Invalidez Absoluta e Definitiva que pudesse advir à A. em consequência do posterior agravamento dessas queixas.

44. Desde 5/5/2008, a autora sofre de espondilartropatia inflamatória com envolvimento axial e periférico, doença crónica e progressiva, que lhe causa, desde essa data, incapacidade permanente parcial de 21,97514%, calculada segundo a tabela nacional de incapacidade em direito civil e, em 7/3/2018, não necessitava de ajuda de terceira pessoa.

45. Foi aos balcões da tomadora do seguro Caixa Geral de Depósitos que os A.A. celebraram o contrato de seguro que se discute nos autos, local onde foram preenchidos e assinados o boletim de adesão e o questionário clínico.

O direito.

São duas as questões suscitadas na revista: saber se o acórdão recorrido incorreu em violação do direito probatório material, e se sofre de nulidade, seja por contradição entre os factos dados como provados, seja por oposição entre a fundamentação e o dispositivo.

Abordemos cada uma delas.

Quanto ao primeiro fundamento do recurso, alega a Recorrente que a Relação ao aditar à matéria de facto o ponto nº 44, baseado no relatório elaborado no Instituto de Medicina Legal (IML), um meio de prova sujeito à livre apreciação do tribunal, e assentar no mesmo a decisão revogatória da sentença, “pôs em crise a prova produzida por um documento autêntico” que foi determinante para a decisão da 1ª instância.

Os documentos a que a Recorrente se refere são:

- Atestado Médico de Incapacidades Multiuso, emitido pelo Ministério da Saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP), por meio de Junta Médica para verificação de incapacidades, com o registo nº .../2009, em 7.12.2009, por meio da qual foi definitivamente reconhecido à A.-mulher, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), uma incapacidade permanente global (IPG) de 71%, documento junto com a PI de fls. como doc. 9.;

- Atestado Médico de Incapacidades Multiuso, emitido pelo Ministério da Saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ACES ...), por meio da Junta Médica nº/2011, em 21/03/2011, na sequência da realização de Junta Médica para verificação de incapacidades, por meio da qual foi atribuída à A.-mulher, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), uma incapacidade permanente global definitiva de 76%, documento junto com a PI de fls. como doc. 10.

Está em causa determinar se se mostram preenchidos os requisitos para o accionamento do seguro Ramo Vida, em que é tomadora e beneficiária a Caixa Geral de Depósitos, seguradora a Companhia de Seguros Fidelidade SA, e os AA como segurados. A adesão dos Autores a este seguro ocorreu no âmbito do contrato de mútuo com hipoteca que celebraram com a Caixa Geral de Depósitos.

Nos termos da apólice do contrato de seguro, a Seguradora obrigou-se a garantir o pagamento do capital máximo em dívida em cada anuidade ao beneficiário, designadamente, em caso de invalidez absoluta e definitiva até aos 65 anos.

De acordo com a apólice, “a Pessoa Segura é considerada no estado de Invalidez Absoluta e Definitiva quando, em consequência de acidente ou doença, susceptível de constatação médica objectiva, fique total e definitivamente incapacitada de exercer qualquer a actividade remunerável e necessite de recorrer, de modo contínuo, à assistência de uma terceira pessoa para efectuar os actos normais da vida diária, não sendo possível prever qualquer melhoria, com base nos conhecimentos médicos actuais.

É nesta parte que as instâncias divergiram.

A sentença considerou que o estado da Autora é de invalidez absoluta e definitiva, conclusão que formou a partir dos atestados médicos de incapacidade multiuso emanados dos serviços da Administração de Saúde de Lisboa e de Vale do Tejo;

A Relação baseou-se no relatório do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, segundo o qual “desde 5/5/2008, a autora sofre de espondilartropatia inflamatória com envolvimento axial e periférico, doença crónica e progressiva, que lhe causa, desde essa data, incapacidade permanente parcial de 21,97514%, calculada segundo a tabela nacional de incapacidade em direito civil e, em 7/3/2018, não necessitava de ajuda de terceira pessoa.”

Diz a Recorrente que o acórdão ao considerar o teor deste relatório pôs em crise a força probatória de um documento autêntico. Nesta medida, defende, a Relação incorreu em violação do direito probatório material.

Vejamos.

Como é sabido, são limitados os poderes do Supremo Tribunal de Justiça no tocante à decisão sobre a matéria de facto, como decorre do nº 3 do art. 674º do CPC:

“O erro na apreciação das provas e na fixação dos factos materiais da causa não podem ser objecto de recurso de revista, salvo havendo ofensa de uma disposição expressa da lei que exija certa espécie de prova para a existência do facto ou que fixe a força de determinado meio de prova.”

Princípio que a jurisprudência do STJ vem reiterando constantemente, de que é exemplo o Acórdão de 09.03.2021, P. 4872/09:

I - A matéria de facto só pode ser alterada pelo Supremo quando se verifique algum dos fundamentos previstos na parte final do nº3 do art. 674;

II- É definitivo o juízo da Relação sobre prova sujeita a livre apreciação.

Igualmente se decidiu no Acórdão de 12.07.2018, P. 701/14:

“Está vedado ao Supremo Tribunal de Justiça conhecer de eventual erro na apreciação das provas e na fixação dos factos materiais da causa, apenas lhes sendo permitido sindicarem a actuação da Relação nos casos da designada prova vinculada ou tarifada.”

Dito isto, adianta-se desde já que carece de razão a Recorrente quando sustenta que a Relação desrespeitou as normas que regulam a força probatória dos atestados médicos multiusos que deram a Autora como afectada de uma IPP de 71%.

O art. 362º do CCivil dá-nos a noção de prova documental: “...a que resulta de documento; diz-se

documento qualquer objecto elaborado pelo homem com o fim de reproduzir uma pessoa, coisa ou facto.”

Documento autêntico é aquele que, emanando da entidade competente para o fazer, atesta os actos praticados por essa entidade e aqueles decorrentes das percepções da entidade documentadora, fazendo prova plena, sendo que os meros juízos pessoais do documentador não são abrangidos por esta prova plena (arts. 369º e 371º do CC).

Ora, um atestado médico não atesta, não certifica factos; trata-se sim de uma conclusão pericial. Daí que não integre um documento autêntico, como decidiu o Acórdão do STJ de 24.06.2010, P. 600/09, in www.dgsi.pt:

“Um atestado médico não é feito com base na percepção factual directa do médico, mas sim com base na sua opinião derivada da respectiva competência pericial. O médico não atesta factos, faz diagnósticos. Donde tal relatório não possa ser considerado um documento autêntico. Tanto assim que a força probatória dos peritos é fixada livremente pelo tribunal, art. 389º do CCivil.”

Neste sentido decidiram os Acórdãos do STJ de 12.01.2010 P. 429-C/1995, e de 06.02.2019, P. 639/13, acessíveis em dgsi.pt, constando do sumário deste último: “A força probatória das juntas médicas é fixada livremente pelos tribunais, e estes não estão impedidos de atribuírem maior força probatória a outros meios de prova.”

O que está em causa é, por conseguinte, não apurar a força probatória de um documento autêntico, mas a força probatória de um relatório pericial.

Prova que deve ser feita no processo, sujeita ao contrário. Tratando-se de prova pré-constituída, a parte contrária tem o direito de impugnar, tanto a respectiva admissão como a sua força probatória (art. 415º do CPC).

A força probatória das respostas dos peritos é fixada livremente pelo tribunal (art. 399º do CCivil).

O meio de prova adequado para aferir da situação de incapacidade é a pericial, por estar em causa a apreciação de factos que exigem conhecimentos especiais que os julgadores não possuem...” (art. 388º do CCivil).

A forma de realização da perícia está prevista no art. 467º do CPC, dizendo o nº3 que “as perícias médico legais são realizadas pelos serviços médico-legais ou pelos peritos médicos contratados, nos termos do diploma que as regulamenta.”

Este diploma é a Lei nº 45/2004 de 19.0, de acordo com o qual as perícias médico-legais deverão

obrigatoriamente ser realizadas nas delegações e nos gabinetes médico-legais do INML, só excepcionalmente, perante manifesta impossibilidade dos serviços, o podendo ser por entidades terceiras.

O Instituto de Medicina Legal de Lisboa era, assim, a entidade com competência legal para realizar a perícia médico-legal à Autora. (cf. José Lebre de Freitas e Isabel Alexandre, Código de Processo Civil Anotado, 2º, pag. 312: “A redação do nº3 (do art. 467º), mostra claramente que, tratando-se de **perícia médico-legal**, é ela obrigatoriamente realizada por médicos do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses, ou por peritos médicos por estes contratados (...).”

Como referem Abrantes Geraldês, Paulo Pimenta e Luís Filipe de Sousa, Código de Processo Civil anotado, I, pag. 534, “a obrigatoriedade realização de perícias médico-legais no INML não constitui restrição dos direitos processuais das partes, porquanto esta instituição tem autonomia e independência técnico-científica, estando numa posição de equidistância perante as partes, sendo que os seus peritos garantem um padrão de elevada qualidade científica.”

Movemo-nos, por conseguinte, no âmbito de prova sujeita a livre apreciação do julgador e não, como pretende a Recorrente, perante prova vinculada.

Tendo o acórdão recorrido optado por valorar, por decisão fundamentada, a perícia realizada no IMML em detrimento dos atestados médicos de incapacidade multiuso, a Relação não infringiu qualquer norma de direito probatório material, estando vedado ao Supremo Tribunal de Justiça sindicar tal decisão.

Com o que improcede este primeiro fundamento da revista.

Resta por último apreciar se o acórdão é nulo, nos termos do art. 615º, nº 1, c), ex vi do art. 666º do CPCivil, por os respectivos fundamentos estarem em oposição com a decisão.

Com esta causa de nulidade pretende-se significar que “entre os fundamentos e a decisão não pode haver **contradição lógica**; se na fundamentação da sentença, o julgador seguir determinada linha de raciocínio, apontando para determinada conclusão, e, em vez de a tirar, decidir noutro sentido, oposto ou divergente, a oposição será causa de nulidade da sentença” (Lebre de Freitas e Isabel Alexandre, obra citada, pag. 736).

Igualmente a jurisprudência vem decidindo de forma constante que “a nulidade do acórdão por contradição entre os fundamentos e a parte dispositiva só ocorre quando a fundamentação adoptada conduz logicamente a determinada conclusão e, a final, o juiz extrai outra, oposta ou divergente” (Ac. STJ de 13.9.2011, P. 2903/05).

Tendo presente estes princípios, é patente que o acórdão não sofre da invocada nulidade.

Relativamente ao teor conclusão 17ª, importa notar que o que as instâncias consideraram excluído do contrato, nos termos da Lei das Cláusulas Contratuais Gerais, “por falta de comunicação e como tal inoponíveis aos AA”, foi a cláusula que fazia depender a invalidez absoluta e definitiva, da “necessidade de recorrer ao auxílio de terceira pessoa para efectuar os actos normais da vida”, não que a Autora não carecesse de provar a situação de invalidez absoluta e definitiva.

Igualmente infundada é a alegação de que a decisão se baseia em factos contraditórios, o que de todo o modo não constituiria fundamento de nulidade do acórdão – as nulidades da sentença (ou do acórdão) são apenas as enunciadas no nº1 do art. 615º.

A verificar-se contradição na matéria de facto, em termos de inviabilizar a decisão jurídica do pleito, o STJ teria de devolver o processo à Relação para aí ser expurgado tal vício (nº3 do art. 682º).

Mas não há qualquer contradição entre os factos 9 a 15 por um lado e o facto enunciado no ponto 44. Nos primeiros, descrevem-se os diagnósticos do estado de saúde da Autora, e a deliberação da Junta Médica de Verificação de Incapacidades Permanentes; no ponto 44, o que resultou do relatório do IMLL.

Não ocorrendo oposição entre os fundamentos e a decisão, esta é o corolário lógico da fundamentação que entendeu não ter resultado provado o preenchimento do risco coberto pela apólice – o estado de invalidez absoluta e definitiva – o acórdão não sofre da nulidade invocada.

Com o que improcedem na totalidade as conclusões do recurso.

Do exposto, extraem-se as seguintes conclusões:

I - Um atestado médico multiuso emitido por uma Administração Regional de Saúde, por meio de Junta Médica para verificação de incapacidades, não pode ser considerado, para efeitos probatórios, um documento autêntico;

II - Trata-se antes de uma conclusão pericial, sujeita à livre apreciação do julgador (art. 389º do CCivil);

III - Não havendo ilegalidade na apreciação da prova, a matéria de facto fixada na Relação é insindicável pelo STJ (nº 3 do art. 674º do CPC).

Decisão.

Pelo exposto, nega-se a revista e confirma-se o acórdão recorrido.

Custas pela Recorrente.

Lisboa, 17.06.2021

Ferreira Lopes

O relator atesta, nos termos do art. 5º-A do DL nº 10-A/2020, que o presente acórdão tem voto de conformidade dos Senhores Conselheiros Adjuntos, Manuel Capelo e Tibério Nunes da Silva.

Fonte: <http://www.dgsi.pt>