

INFORME JURÍDICO

Ano 15, n.108, agosto 2015



INALDO BEZERRA

A SÚMULA COMO FERRAMENTA DO DIREITO

INFORME JURÍDICO

Publicação do Escritório
Pellon & Associados Advocacia

Luís Felipe Pellon
Sergio Barroso de Mello

Produção gráfica
Assessoria de Comunicação:
Mônica Grynberg Cerginer

Bibliotecária responsável
Vaneza Fernandes CRB7 5090

Distribuição Online

Participe enviando matérias, artigos e
sugestões para:

monica.cerginer@pellon-associados.com.br

As opiniões expressas nos artigos assinados,
bem como o serviço de Clipping (elaborado
originalmente por outros veículos) são de
responsabilidade de seus autores e não
refletem necessariamente a opinião do
Escritório Pellon & Associados.

Imagens retiradas da internet, de
domínio público.

A reprodução de qualquer matéria
depende de prévia autorização.

Uma publicação

Pellon
& Associados
A D V O C A C I A

Atendimento ao leitor:
monica.cerginer@pellon-associados.com.br

Rio de Janeiro
Rua Desembargador Viriato, 16
Centro - CEP: 20.030-090
Telefone: (21) 3824-7800

© 2015 Pellon & Associados Advocacia
Todos os direitos reservados





INFORME JURÍDICO

Matéria de Capa	4
Notas Informativas	6
Divulgação Lloyd's	16
Clipping	18
Jurisprudência	24
Sugestão de Leitura	27
Acredite se Quiser	27
Biblioteca.Com	28

**Por: Inaldo Bezerra**

Sócio e Membro do Conselho
de Pellon & Associados
inaldo@pellon-associados.com.br

A SÚMULA COMO FERRAMENTA DO DIREITO

“STJ-SÚMULA 529. No seguro de responsabilidade civil facultativo, não cabe o ajuizamento de ação pelo terceiro prejudicado direta e exclusivamente em face da seguradora do apontado causador do dano.”

Súmula significa “sumário” ou “resumo” e a origem da palavra vem do latim *summula* querendo dizer teor reduzido ou abreviado de um julgado ou enunciado jurisprudencial que reflete o entendimento pacificado de um determinado tribunal.

A história da súmula no Brasil remonta ao ano de 1963, quando o Supremo Tribunal Federal criou o instituto da súmula persuasiva para demonstrar o seu entendimento sobre uma determinada matéria e, desta forma, garantir segurança jurídica através da pacificação do entendimento do Tribunal, além de evitar as repetidas análises de casos idênticos.

Logo após, todos os demais tribunais da federação passaram a emitir as súmulas persuasivas.

De rigor observar que essas súmulas são orientadoras, possuindo apenas o efeito persuasivo e não cogente, como é a hipótese das súmulas vinculantes, introduzidas no ordenamento jurídico brasileiro pela Emenda Constitucional 45/2004 e regulamentada pela Lei 11.417/06, que inseriu o artigo 103-A na Constituição da República, e que não será tratada neste escrito.

Atualmente, a súmula é a expressão má-xima da jurisprudência dos tribunais e a sua previsão legal está nos artigos 476 a 479 do Código de Processo Civil, no Título IX – DO PROCESSO NOS TRIBUNAIS, Capítulo I – DA UNIFORMIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA.

No entendimento de Luiz Lenio Streck, objetivou o legislador “*proporcionar maior estabilidade à jurisprudência e simplificar o julgamento das questões mais frequentes perante o Judiciário*”.

Alfredo Buzaid no longínquo ano de 1983 didaticamente definiu a súmula traçando um paralelo com a lei:

“Uma coisa é a lei; outra é a súmula. A lei emana do poder legislativo. A súmula é uma apreciação do poder judiciário, que interpreta a lei em sua aplicação aos casos concretos. Por isso a súmula pressupõe sempre a existência da lei e a diversidade de sua exegese. A lei tem caráter obrigatório; a súmula revela-lhe o seu alcance, o sentido e o significado, quando ao seu respeito se manifestam simultaneamente dois ou mais entendimentos. Ambas tem caráter geral. Mas o que distingue a lei da súmula é que esta tem caráter jurisdicional e interpretativo. É jurisdicional, porque emana do Poder Judiciário; é interpretativo, porque revela o sentido da lei; cinge-se a aplicá-la, o que significa que é a própria voz do legislador.

Se não entender assim, se a interpretação refugir ao sentido real da lei, cabe ao legislador dar-lhe interpretação autêntica.

A súmula não comporta interpretação analógica”

É fato que a súmula age sobre os operadores do direito como verdadeiro poder normativo e entendemos adequado que seja assim, pois, a utilização das súmulas uniformiza as decisões e oferece uma prestação juris-

dicional senão justa ao menos segura.

Recentemente, em data de 13/05/2015, a segunda seção do Superior Tribunal de Justiça editou a súmula 529 pacificando o entendimento sobre questão a muito controversa:

“No seguro de responsabilidade civil facultativo, não cabe o ajuizamento de ação pelo terceiro prejudicado direta e exclusivamente em face da seguradora do apontado causador do dano.”

A controvérsia sempre esteve na pretensão da vítima de um dano causado por alguém que detinha um contrato de seguro de responsabilidade civil, de propor ação judicial diretamente contra o segurador deste, requerendo o pagamento da verba segurada para o risco de Responsabilidade Civil Facultativa contratado, podendo ser danos materiais, corporais ou morais causados a terceiros.

A inexistência de contrato com a vítima e a não causação de dano ao terceiro pelo segurador, eram as bandeiras da indústria do seguro que tornavam inadmissíveis as proposituras de ações diretamente.

Com efeito, não sendo o terceiro parte do contrato de seguro, não seria crível poder ele acionar o segurador que somente com o segurado forma o contrato bilateral.

A súmula 529 orienta a solução no sentido de permitir sim a propositura de ação pela vítima do dano diretamente em face do segurador do causador daquele, condicionando, todavia, a necessária presença deste causador

no polo passivo da demanda. É que o seguro de responsabilidade civil é instrumento garantidor do patrimônio do segurado afetado pelo reconhecimento da responsabilidade civil decorrente da causação de um dano.

Ou seja, é a obrigação de indenizar imputável ao segurado que aciona o contrato e não simplesmente a ocorrência de um evento envolvendo o bem segurado. Há, portanto, a necessidade do reconhecimento da responsabilidade civil do segurado.

Nesta esteira, a súmula 529 se forma com base no raciocínio lógico de que não há como reconhecer responsabilidade civil de pessoa que não integra a lide, sem que isso ferisse de morte os princípios do devido processo legal e da ampla defesa.

Sob outra ótica, a ausência do causador do dano no processo retira do segurador a possibilidade de fazer prova de eventual inversão de causalidade do acidente ou até mesmo de fato extintivo da obrigação de indenizar, como nos casos de agravamento do risco segurado.

Por fim, assevere-se que o seguro de responsabilidade civil nada estipula em favor de terceiro.

O seguro de responsabilidade civil é contratado pelo segurado e a ele e somente ele protegerá, recompondo o seu patrimônio em caso de afetação por conta de imposição de responsabilidade originada da causação de dano à terceiro.

Bem por isso o contrato de seguro de responsabilidade civil tem por princípio formador o reembolso.■



D&O - EFEITOS DA DELAÇÃO PREMIADA

A tão falada Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846) conferiu aos denunciados em ação penal a possibilidade de realização de acordos de delação premiada ou leniência, com vistas a possibilitar a diminuição da pena, em troca da assunção do dolo por parte do denunciado. Recentemente, a Controladoria Geral da União (CGU), por meio da Portaria nº 910/2015, definiu procedimentos para apuração das responsabilidades no âmbito administrativo da gestão federal, para celebração de acordos nos mesmos moldes.

Quando se examina o assunto com a visão do seguro, especialmente do RC na modalidade D&O, a dimensão é outra, isto porque qualquer acordo em que o segurado assuma o dolo pelo ato praticado, está, em verdade, caracterizando a sua má fé, antítese da boa fé, princípio fundamental do

direito civil no campo das obrigações do segurado, para conferir-lhe direitos indenizatórios no contrato de seguro.

É impossível a delação premiada sem o reconhecimento do dolo, trata-se da confissão dos fatos, da aceitação do erro, logo do reconhecimento da intenção de praticar o ato lesivo.

De igual forma, penalidades (multas) por ato doloso não estão cobertas, seja porque os contratos de seguro D&O não cobrem multas de qualquer natureza seja porque derivaria de dolo, ato impeditivo de direitos ao segurado no campo securitário.■

Publicado na Revista Cobertura Mercado de Seguros, n. 162, p.36, maio 2015.



Sergio Barroso de Mello

Sócio Fundador e Membro do Conselho de Pellon & Associados
sergiom@pellon-associados.com.br



E-FINANCEIRA: NOVA OBRIGAÇÃO TRIBUTÁRIA PARA SEGURADORAS DO RAMO PESSOAS - IN RFB Nº 1.571/15

Publicada no Diário Oficial da União (DOU) do último dia 03 de julho de 2015, a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil – IN RFB – nº 1.571/2015 impõe mais uma obrigação tributária acessória às companhias seguradoras: a denominada e-Financeira.

A citada IN prevê a obrigatoriedade de prestação de informações relativas às operações financeiras de interesse da RFB, as quais deverão ser prestadas mediante apresentação de um conjunto de arquivos digitais referentes a cadastro, abertura, fechamento e auxiliares, pelo módulo de operações financeiras, denominado de e-Financeira.

A e-Financeira deverá ser emitida de forma eletrônica e assinada digitalmente pelo representante legal da companhia ou seu procurador, utilizando-se de certificado digital válido, emitido por entidade credenciada pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), a fim de garantir a autoria do documento digital, devendo ser transmitida ao ambiente do Sistema Público de Escrituração Digital (SPED).

As seguintes pessoas jurídicas estarão obrigadas à apresentação da e-Financeira:



Nijalma Cyreno Oliveira

Sócio do Setor Tributário e Membro do Conselho de Pellon & Associados
nijalma.cyreno@pellon-associados.com.br

- (1) autorizadas a estruturar e comercializar planos de benefícios de previdência complementar;
- (2) autorizadas a instituir e administrar Fundos de Aposentadoria Programada Individual (FAPI);
- (3) cuja atividade principal ou acessória seja captação, intermediação ou aplicação de recursos financeiros próprios ou de terceiros, incluídas as operações de consórcio, em moeda nacional ou estrangeira, ou a custódia de valor de propriedade de terceiros;
- (4) sociedades seguradoras autorizadas a estruturar e comercializar planos de seguros de pessoas.

Dentre as informações que deverão constar da e-Financeira, encontram-se:

- (i) saldo, no último dia útil do ano ou no dia de encerramento, de provisões matemáticas de benefícios a conceder referente a cada plano de benefício de previdência complementar ou a cada plano de seguros de pessoas, discriminando, mês a mês, o total das respectivas movimentações, a crédito e a débito, ocorridas no decorrer do ano;
- (ii) saldo, no último dia útil do ano ou no dia de encerramento, de cada FAPI, e as correspondentes movimentações, discriminadas mês a mês, a crédito e a débito, ocorridas no decorrer do ano;
- (iii) valores de benefícios ou de capitais segurados, acumulados anualmente, mês a mês, pagos sob a forma de pagamento único, ou sob a forma de renda.

Ademais, a e-Financeira deverá apresentar a identificação de clientes ou beneficiários dos recursos, inclusive quando do seu pagamento no caso de morte do titular de plano de benefícios de previdência complementar ou de

seguro de pessoas, ou de FAPI, e devem incluir nome, nacionalidade, residência fiscal, endereço, número de proposta e número do processo de aprovação do plano ou FAPI, pelo pertinente órgão regulador, individualizados por plano ou Fapi na instituição declarante, número de inscrição no CPF, NIF no exterior, quando houver, os saldos de provisões matemáticas de benefícios a conceder, saldo de FAPI, os montantes globais mensalmente movimentados e demais informações cadastrais.

A obrigatoriedade de apresentar as informações aplica-se quando:

- I - o saldo, em cada mês, da provisão matemática de benefícios a conceder ou do FAPI for superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); ou, II - o montante global mensalmente movimentado, considerando-se de forma isolada, o somatório dos lançamentos a crédito e o somatório dos lançamentos a débito e o valor de benefícios ou de capitais segurados, pagos sob a forma de pagamento único, ou sob a forma de renda, for superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Tais limites deverão ser aplicados de forma agregada para todas as operações de um mesmo tipo mantidas na mesma entidade.

Na hipótese em que seja ultrapassado qualquer um dos limites acima, as informações prestadas deverão considerar todos os saldos e todos os demais montantes globais mensalmente movimentados, ainda que para estes o somatório mensal seja inferior aos referidos limites. A e-Financeira é obrigatória para fatos ocorridos a partir de 1º

de dezembro de 2015, e deverá ser transmitida semestralmente nos seguintes prazos:

- (a) até o último dia útil do mês de fevereiro, contendo as informações relativas ao segundo semestre do ano anterior;
- (b) até o último dia útil do mês de agosto, contendo as informações relativas ao primeiro semestre do ano em curso. Excepcionalmente, para fatos ocorridos entre 1º e 31 de dezembro de 2015, a e-Financeira poderá ser entregue até o último dia útil do mês de maio de 2016. Em relação aos fatos geradores ocorridos a partir de 01/01/2016, fica dispensada a apresentação da Declaração de Informações sobre Movimentação Financeira (DI-MOF).

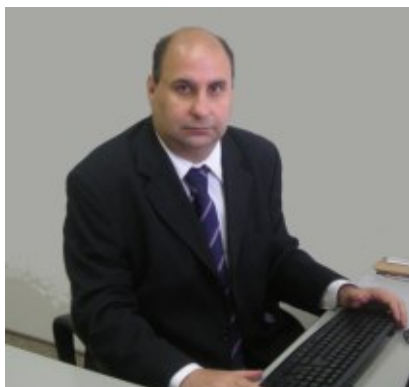
Dentre outras penalidades, a entrega intempestiva da e-Financeira sujeita o infrator a multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por mês-calendário ou fração, relativamente às pessoas jurídicas que estiverem em início de atividade; ou R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por mês-calendário ou fração, relativamente às demais pessoas jurídicas. Na hipótese da e-Financeira entregue com informações inexatas, incompletas ou omitidas, a multa corresponde a 3% (três por cento), não inferior a R\$ 100,00 (cem reais), do valor das transações comerciais ou das operações financeiras, próprias da pessoa jurídica ou de terceiros em relação aos quais seja responsável tributário.

A Coordenação-Geral de Fiscalização ficará responsável por editar os layouts e respectivo manual de orientação da e-Financeira nos próximos 30 (trinta) dias.■



PROGRAMA DO GOVERNO FLEXIBILIZA JORNADA DE TRABALHO E SALÁRIOS

A presidente Dilma editou a MP 680/15, que cria o PPE (Programa de Proteção ao Emprego), para permitir a flexibilização da jornada e dos salários. Poderão aderir ao programa empresas que se encontrarem em situação de dificuldade econômico-financeira. E será o Ministério da Fazenda que atestará a situação de crise na empresa, afastando a possibilidade de adesão ao programa por outro motivo como, por exemplo, gestão ineficiente. A adesão ao PPE terá duração de, no máximo, 12 meses e poderá ser feita até 31 de dezembro de 2015, ou seja, a validade do programa se encerrará em 31 de dezembro de 2016. As empresas que aderirem ao PPE poderão reduzir em até 30% a jornada de trabalho dos empregados, com a redução proporcional do salário.



José Paulo

Sócio da Área Trabalhista de
Pellon & Associados

jose.paulo@pellon-associados.com.br

Segundo exemplo dado pelo governo, em redução de 30% da jornada um trabalhador que recebe salário de R\$ 2.500, pelo PPE passa a receber R\$ 2.125 – R\$ 1.750 são pagos pela empresa e R\$ 375 pelo governo, com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Os trabalhadores que tiverem seu salário reduzido farão jus a uma compensação pecuniária equivalente a 50% do valor da redução salarial e limitada a 65% do valor máximo da parcela do seguro-desemprego,

enquanto perdurar o período de redução temporária da jornada. A compensação pecuniária será custeada pelo FAT. Em contrapartida, as empresas que aderirem ao programa não poderão demitir funcionários durante todo o período, ressalvadas as hipóteses de justa causa, sendo-lhes garantido, ao final do programa, período de estabilidade de emprego proporcional a um terço do tempo que a empresa ficou submetida ao PPE. É importante ressaltar que a adesão ao PPE não é unilateral, portanto, os termos do programa deverão ser aprovados em acordo ou convenção coletiva para que tenham validade. Além disso, o programa estabelece que essa negociação ficará a cargo da categoria profissional preponderante. Também foi publicado, o Decreto 8.479/15, que regulamenta o programa.

Tramitação - O prazo para apresentação de emendas se encerrará em 13 de julho. A proposta aguarda instalação da comissão mista para discussão e aprovação. Após votação na comissão mista, vai à deliberação no plenário da Câmara, seguindo, posteriormente, ao plenário do Senado. O prazo final de validade da medida provisória, caso não seja aprovada, é até 16 de novembro de 2015.

DEPÓSITOS RECURSAIS - VALORES VIGENTES A PARTIR DE 01/08/2015

Com a publicação do Ato TST nº 397/15 (DJe TST de 13/07/2015), foram divulgados os novos valores referentes aos limites de depósito recursal previstos no art. 899 da CLT. Diante disso, os citados valores,

reajustados pela variação acumulada do INPC/IBGE no período de julho/2014 a junho/2015, serão de:

- a) R\$ 8.183,06, no caso de interposição de Recurso Ordinário;
- b) R\$ 16.366,10, no caso de interposição de Recurso de Revista, Embargos e Recurso Extraordinário;
- c) R\$ 16.366,10, no caso de interposição de Recurso em Ação Rescisória.

Salientamos que os valores supracitados são de observância obrigatória a partir de 01/08/2015.

MCDONALD'S DEVERÁ RETIRAR MENORES DE ATIVIDADES DE RISCO

O Ministério Público do Trabalho no Paraná (MPT-PR) venceu parcialmente uma ação que move contra a uma empresa operadora da rede americana McDonald's em toda a América Latina, pelas condições de trabalho às quais submetia jovens nas lanchonetes. Entre os pedidos deferidos pelo juiz do trabalho Paulo José Oliveira de Nadai, da 17ª Vara de Trabalho de Curitiba, estão a proibição de menores trabalharem em atividades como operação e limpeza de chapas e fritadeiras e limpeza e coleta de lixo e resíduos em áreas de atendimento e em sanitários e vestiários destinados a clientes ou funcionários, consideradas perigosas ou insalubres. Pela Constituição Federal de 1988, é vedado qualquer trabalho a menores de 16 anos (salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos) e igualmente proibido o trabalho insalubre, perigoso e penoso a menores de 18

anos. O McDonald's tem um prazo de 15 dias (contados a partir da sentença, proferida no dia 20 de julho) para adequar-se, e após esse período pagará multa de R\$ 500 por estabelecimento irregular. Além disso, a empresa foi condenada a pagar R\$ 400 mil por danos morais coletivos. “Após análise dos presentes autos, observo que inúmeras violações foram constatadas e reconhecidas judicialmente, dentre elas a exposição de menores a riscos decorrentes de contato com agentes biológicos e a queimaduras. Os descumprimentos da legislação implicaram em infrações contra milhares de trabalhadores menores e menores aprendizes, em uma gama determinável de empregados”, avalia o juiz. “É ponderoso sopesar que um menor que iniciou o trabalho como aprendiz na requerida em 2009, data da primeira denúncia recebida pelo Ministério Público do Trabalho, hoje possui 20 anos, aproximadamente, e sequer se submeterá às consequências desta decisão. (...)”

Nem todos os empregados sofreram violações, mas inúmeros menores prestaram e prestam serviços em condições irregulares, como constatado no curso da instrução desse processo”, ponderou. A ação civil pública, ajuizada pela procuradora regional do trabalho Margaret Matos de Carvalho em setembro de 2013, foi feita a partir de uma denúncia do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), após uma inspeção no local.

O MPT-PR recorrerá da decisão para pleitear o deferimento das demais providências, como a proibição do uso de facas e do manuseio de dinheiro.■



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA RECONHECE A LEGALIDADE DA COBERTURA FUNCIONAL TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA



Thays Reina

Sócia do Contencioso de
Pellon & Associados São Paulo
thays.reina@pellon-associados.com.br

Supervisão: Thaís Lopes

Supervisora do Setor de Pessoas
de Pellon & Associados São Paulo
thais@pellon-associados.com.br

Recentemente, em março de 2015, o Superior Tribunal de Justiça julgou o Recurso Especial nº 1.449.513, o qual tinha por objeto o recebimento de indenização securitária decorrente de contrato de seguro de vida em grupo, com cobertura para invalidez funcional total e permanente por doença (IFPD).

Tratou-se de ação ordinária movida por um mecânico automotivo em face à seguradora, afirmando ser portador de enfermidade degenerativa da coluna lombar, com formação de hérnia de disco lombar protrusa de base L4-VT tratada cirurgicamente com artrodese, incapacitando-o definitivamente para a profissão. Por tais motivos, visou o recebimento de indenização securitária decorrente do contrato de seguro de vida em grupo, com cobertura para invalidez funcional total e permanente por doença. Inicialmente, entendeu o magistrado de primeira instância pela improcedência do pedido, sendo o *decisum* confirmado pelo Tribunal, ensejando o Recurso Especial acima identificado.

Ao decidir a controvérsia, o Ministro relator afastou o pagamento da indenização pleiteada, reconhecendo os requisitos ensejadores da invalidez funcional permanente e total por doença, a qual não há que confundir-se com outro tipo de invalidez, no caso, a invalidez laborativa total e permanente (ILPD).

Hodiernamente diversas ações similares são propostas visando o recebimento da cobertura para IFPD, sendo um desafio às seguradoras demonstrar que

embora hajam moléstias permanentes que reduzam a realização de certas atividades, fato é que nem todas têm o condão de assegurar a caracterização do sinistro, ensejando, portanto, o recebimento de indenização securitária.

Como cediço, a invalidez funcional permanente total por doença é caracterizada pela perda da existência independente do segurado, incapacitando-o de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas, como andar, banhar-se etc.

Não obstante a clareza do texto para que se entenda pela caracterização da IFPD, muitos magistrados acabam por condenar as seguradoras ao pagamento da indenização, baseando-se em pressupostos diversos dos ditados pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, utilizando-se, por exemplo, da concessão de aposentadoria pelo INSS como comprovação da invalidez.

Por outro lado, há aqueles que entendem ser aplicável à relação segurado-seguradora o Código de Defesa do Consumidor, de forma que a cláusula de cobertura para IFPD seria abusiva porquanto restringiria de maneira excessiva o direito do segurado, declarando-a nula.

E, sobre estes dois pontos controversos, o ilustre ministro Ricardo Villas Boas Cueva, ao negar seguimento ao recurso especial interposto pelo segurado, destacou o ponto nodal da controvérsia consistente em definir se a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) exi-

ge, para fins de pagamento da indenização securitária, a incapacidade definitiva e total para a sua atividade laborativa específica ou se possui outros pressupostos, sem correlação com a profissão.

Ao fundamentar sua decisão, o *i.* Ministro trouxe à lume os conceitos de invalidez existentes na Circular SUSEP nº 302/2005, comparando-a em Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD), em que garante o pagamento da indenização ao segurado em casos de incapacidade decorrente de doença para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos no momento da sua constatação, **para a atividade laborativa principal do segurado**. Nestes casos, os requisitos ensejadores da indenização contratual assemelha-se aos pressupostos requeridos pelo INSS, onde o segurado não poderá mais, em razão de determinada moléstia, exercer a profissão até então executada, sendo sua aposentadoria a consequência de tal doença.

Assentou, também que há a cobertura contratual para a Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD), a qual distingue-se da primeira, porquanto refira-se a invalidez consequente de doença que cause a **perda a existência independente do segurado**, ocorrida quando o quadro clínico incapacitante inviabiliza, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Embora ambas as coberturas, ILPD e IFPD, possuam como exigência a invalidez total e permanente, fato é que a

IFPD trata-se de cobertura mais específica, em que faz-se necessário a perda das funções físicas ou mentais do segurado, impedindo o exercício de toda e qualquer atividade para que haja o pagamento da indenização, não havendo que se confundir o termo funcional com a função laborativa exercida pelo segurado, sob pena de transmutar a invalidez funcional em invalidez profissional, igualmente, a conceituação de duas espécies distintas de coberturas.

Ainda, entendeu não haver que se falar em abusividade ou ilegalidade, tampouco em ofensa aos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, bem como ausente também alguma vantagem exagerada da seguradora em detrimento do consumidor, desde que a seguradora sempre esclareça previamente o consumidor e o estipulante (para os casos de seguro de vida em grupo) sobre os produtos que oferece e os que existem no mercado, prestando informações claras sobre o tipo de cobertura contratada e as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro.

Por fim, importante destacar que referido acórdão reflete o atual entendimento do STJ, uma vez não se tratar de julgamento único acerca do tema. Em agosto de 2014, o acórdão de lavra do Ministro Sidnei Beneti demonstrou igual entendimento, de forma que referidas decisões mostram-se de salutar importância às seguradoras, pois servem como verdadeiro manual a ser adotado pelos magistrados das instâncias inferiores. ■



A EXECUÇÃO NO CONTRATO DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Quase dez anos após a alteração do inciso III do art. 585 do CPC pelo art. 2º da Lei n. 11.382/2006, que excluiu o contrato de seguro de acidentes pessoais do rol dos títulos executivos extrajudiciais, ainda se vê nos tribunais a defesa e o acolhimento da tese de que a juntada do documento médico, indicando a incapacidade, seria suficiente para conferir-lhe executividade.

Recentemente, um Acórdão da 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no Agravo Interno da Apelação nº 0015464-80.2009.8.19.0087, concluiu que por constar nos autos tabela de cálculo de indenizações e relatório médico descritivo da extensão da incapacidade invocada pelo exequente, seria suficiente para atribuir exequibilidade ao título.

Com efeito, a redação primitiva do inciso III era esta:

“Art. 585. São títulos executivos extrajudiciais: (...)

III – os contratos de hipoteca, de penhora, de anticrese e de caução, bem como de seguro de vida e de acidentes pessoais de que resulte morte ou incapacidade;” *(destacado)*



Alessandra Aparecida da Silva
Sócia da Área de Contencioso Especial
de Pellon & Associados São Paulo
alessandra.silva@pellon-associados.com.br

Acontece que com o advento da Lei nº 11.382/2006, houve alteração do referido dispositivo, que passou a ter a seguinte textualidade:

“Art. 585. São títulos executivos extrajudiciais: (...)

III – os contratos garantidos por hipoteca, penhor, anticrese e caução, bem como os de seguro de vida” (destacado)

O texto comporta tão somente a interpretação literal pelo critério hermenêutico clássico, a demonstrar que a intenção do legislador foi simplesmente excluir a pretensão de indenização securitária relacionada ao acidente pessoal do rol de títulos executivos extrajudiciais.

Aqui o interessante é a aparente clareza do enunciado normativo, sem qualquer ambiguidade ou obscuridade no conteúdo da norma, conferindo objetividade à disciplina legal em retirar do rol dos títulos executivos extrajudiciais o seguro de acidentes pessoais. Entretanto, a jurisprudência passou a rediscutir o correto significado desse enunciado normativo, sendo que a letra da lei não permite discussões sobre a questão, pois é clara na adoção do critério objetivo.

Fugir à letra da lei, que gramaticalmente não apresenta nenhuma dificuldade de interpretação, na verdade, é conferir à norma sentido e conteúdo que ela não tem.

Grande parte da doutrina pátria justifica a adoção desta alteração por conta da incessante busca pela celeridade processual, menor complexidade nas causas de execução e menor necessidade de dilação probatória, de modo que não se pode mais identificar executividade aos contratos de seguro de acidentes pessoais.

É o caso de Humberto Theodoro Junior, que reconhece que “*Com a reforma, a força executiva ficou limitada ao contrato de seguro de vida. Perdeu tal eficácia, portanto, o contrato de acidentes pessoais*” (in A reforma da execução do título extrajudicial. Rio de Janeiro; Forense, 2007, p. 19).

Some-se a lição de Araken de Assis: “*No concernente ao contrato de seguro, definido no art. 757, caput, do CC-02, o art. 585, III, a partir da Lei 11.382/2006, tutela apenas o de vida. Por conseguinte, para o seguro de acidentes pessoais, obrigatório ou facultativo, e seja qual for o dano (p. ex., danos materiais ou pessoais, resulte ou não incapacidade), caberá ação de cobrança pelo procedimento sumário, quando envolver veículos, a teor do art. 275, II, e.*” (in Manual de execução. 11ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 178/179).

Com raríssimas exceções, a jurisprudência vem reconhecendo como título executivo extrajudicial apenas o contrato de seguro de vida quando a causa de pedir estiver fundada na morte do segurado, por ser possível sua prova de plano com a certidão de óbito.

Em sentido contrário, afasta-se o pedido fundamentado na invalidez do segurado como título executivo extrajudicial, por ser necessária a produção médica pericial, própria das ações de conhecimento, e não da via executiva.

Para ilustrar o tema, releva citar as

mais recentes decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que tem firmado o entendimento de que a lei é suficientemente clara ao não admitir a executividade ao seguro de acidentes pessoais:

EMBARGOS À EXECUÇÃO – CONTRATO DE SEGURO DE VIDA E INCAPACIDADE – TÍTULO EXECUTIVO EXTRAJUDICIAL

1 - O antigo inciso III do art. 585 conferia força executiva aos contratos de seguro de vida e de acidentes pessoais de que resultasse morte ou incapacidade. Com a reforma de 2006, a força executiva ficou restrita ao contrato de seguro de vida. Perdeu tal eficácia, portanto o contrato de acidentes pessoais, afinal, não há meios de se falar em título executivo diante da necessidade de se apurar o grau de incapacidade e, por consequência, no valor da indenização;

2 – Execução extrajudicial que deve ser extinta, diante da inadequação da via eleita, não sendo mais o contrato de seguro um título executivo, depois da reforma da execução, sendo a demanda ajuizada anos depois de mencionada reforma.

RECURSO PROVIDO. (TJSP – AP 000 4590-96.2011.8.26.0337 – 30ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Andrade Neto, Lino Machado e Carlos Russo. – J. 11.02.2015)

Desde o advento da Lei 11.382/2006, em vigor desde 20 de janeiro de 2007, o contrato de seguro que constitui título executivo extrajudicial é apenas o de vida. Desde a mesma época, o contrato de seguro de acidentes deixou de constituir título. Por isso, extingue-se o

processo de execução, acolhendo-se os embargos.

TJSP – AP 0000239-43.2013.8.26.0456 – 28ª CDPrivado – Rel. Des. Celso Pimentel – J. 17/06/2015)

EMBARGOS À EXECUÇÃO – EXECUÇÃO POR TÍTULO EXTRA-JUDICIAL – Contrato de seguro de vida e acidentes pessoais – pedido executivo fundado na indenização decorrente da invalidez permanente por acidente – Ausência de força executiva – Redação atual do art. 585, inciso III, do CPC, dada pela Lei 11.382/2006, que confere executividade apenas aos contratos de seguro de vida pelo evento morte – Extinção da execução decretada – Embargos julgados procedentes - Recurso da embargada desprovido.

(TJSP – AP 0009509-09.2011.8.26.0506, 27ª CDPrivado – Rel. Des. Claudio Hamilton – J 12/08/2014)

AÇÃO DE EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL – SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS – PRETENSÃO EXECUTIVA QUE ABRANGE A COBERTURA POR MORTE – ALTERAÇÃO DO INCISO III, DO ARTIGO 585 DO CPC, QUE EXCLUI DO ROL DE TÍTULOS EXECUTIVOS APENAS A INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DECORRENTE DE INVALIDEZ – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

(TJSP - AP 0027878-71.2012.8.26.0003, 29ª CDPrivado-Rel.Des. Francisco Thomaz -J. 04/03/2015)

Execução de título extrajudicial. Seguro de Vida em Grupo. Pedido fundado na cobertura por inva-

lidez permanente, decorrente de doença incapacitante. Indeferimento da inicial. Inadequação do procedimento utilizado e ausência de condição da ação executiva. Ação distribuída após a edição da Lei 11.382/2006 que, alterando o inciso III do artigo 585 do CPC, excluiu o contrato de seguro de acidentes pessoais do rol, taxativo, dos títulos executivos extrajudiciais e manteve apenas o contrato de seguro de vida na atual redação. Vale dizer que somente o seguro de vida é título executivo, justamente porque a configuração da morte independe de dilação probatória. Tanto o Decreto-Lei 73/66 quanto o Decreto 61.589/67 dispõem sobre a possibilidade de execução para a cobrança do prêmio, que não se confunde com a indenização securitária. Recurso improvido.

(AP 0007146-81.2012.8.26.0581, 34ª CDPrivado, Rel. Des. Gomes Varjão, J. 28/07/2014)

Logo, conclui-se pelo entendimento majoritário pela ausência de exequibilidade, cuja interpretação a ser dada à referida norma está no próprio texto da lei.

Ele é claro em si mesmo e seu verdadeiro sentido é eliminar o requerimento de produção de provas na inicial do processo executivo que é contraditório com o seu objetivo, ou seja, satisfazer o crédito do exequente configurado em obrigação já certa e líquida.■





NOVO ESTUDO DO LLOYD'S DESTACA IMPLICAÇÕES DE LONGO ALCANCE DOS ATAQUES CIBERNÉTICOS

O relatório usa um ataque à rede elétrica americana como exemplo. O custo seria de mais de \$1 trilhão de dólares, avisa o Lloyd's.

O Lloyd's e o Centro de Estudos de Risco da Universidade de Cambridge lançaram um novo relatório, Business Blackout.

Este relatório apresenta um cenário onde hackers derrubam partes da rede elétrica dos EUA deixando 15 estados americanos, incluindo Washington DC, no escuro e 93 milhões de pessoas sem energia. Especialistas preveem que tal cenário resultaria num aumento nas taxas de mortalidade já que sistemas de saúde e segurança falhariam, o comércio sofreria, pois os portos não poderiam operar, haveria interrupção no fornecimento de água uma vez que as bombas elétricas não funcionariam e caos nas redes de transportes, devido ao colapso da infraestrutura.

O impacto total na economia americana está estimado em \$243 bilhões, aumentando para mais de \$1 trilhão na hipótese mais extrema do cenário. Esta simulação de ataque cibernético mostra o amplo leque de sinistros que poderiam ser desencadeados pela interrupção na rede elétrica americana, com um valor total em sinistros pagos pela indústria de seguros estimado em \$21,4 bilhões, podendo

aumentar até \$71,1 bilhões na versão mais extrema do cenário.

Falando sobre o novo relatório, Tom Bolt, diretor de gerenciamento de performance do Lloyd's, disse:

"Este cenário mostra o enorme impacto e estrago que poderia resultar de um grande ataque cibernético nos EUA. A realidade é que o mundo moderno, digital e interconectado cria condições para danos significativos, e sabemos que existem pessoas mal-intencionadas com habilidades e interesses em causar danos."

"Como seguradores, precisamos pensar nestes tipos de riscos complexos e interconectados e nos certificar de que fornecemos seguros inovadores e completos contra riscos cibernéticos, de modo a proteger empresas e governos. Este tipo de seguro tem potencial para ser uma ferramenta valiosa para melhorar o gerenciamento e a resiliência contra riscos cibernéticos."

"Governos também tem um papel a cumprir. Precisamos que eles ajudem a compartilhar dados, para que possamos avaliar precisamente os riscos e proteger as empresas."

MARCH 2015

UK CYBER SECURITY

THE ROLE OF INSURANCE IN MANAGING AND MITIGATING THE RISK

O relatório completo pode ser encontrado em
www.lloyds.com/businessblackout

- O Lloyd's tem trabalhado com o governo do Reino Unido e outros seguradores para fazer de Londres um centro global de gerenciamento de riscos cibernéticos. Veja:

<https://www.gov.uk/government/publications/uk-cyber-security-the-role-of-insurance>

- O Lloyd's produziu este relatório para ajudar os subscritores que operam no mercado do Lloyd's a identificar estes impactos anteriormente desconsiderados de ataques cibernéticos sobre seguros e riscos. O cenário descrito neste relatório é relevante para os testes de estresse e cenário requeridos pelo modelo Solvência II: apesar de improvável, este cenário representa uma classe de eventos com uma probabilidade considerada plausível dentro do período de retorno com referência de 1:200 anos, contra o qual os seguradores devem ser resilientes.

- Cenários não são previsões, eles exploram o que pode acontecer baseado em eventos passados e teorias científicas, sociais e econômicas. Num mundo de riscos emergentes não é possível obter certeza a respeito da natureza e da escala das ameaças enfrentadas pelos

seguradores – sendo assim, a indústria de seguros deve ser resiliente à incerteza.

- O Lloyd's desenvolveu este cenário e seus prováveis impactos com pesquisadores do Centro de Estudos de Risco de Cambridge na University of Cambridge Judge Business School.

- O Presidente Obama levantou a possibilidade de ataques cibernéticos na rede elétrica dos EUA durante seu discurso de "State of Union" em 12 de fevereiro de 2013. Ele disse:

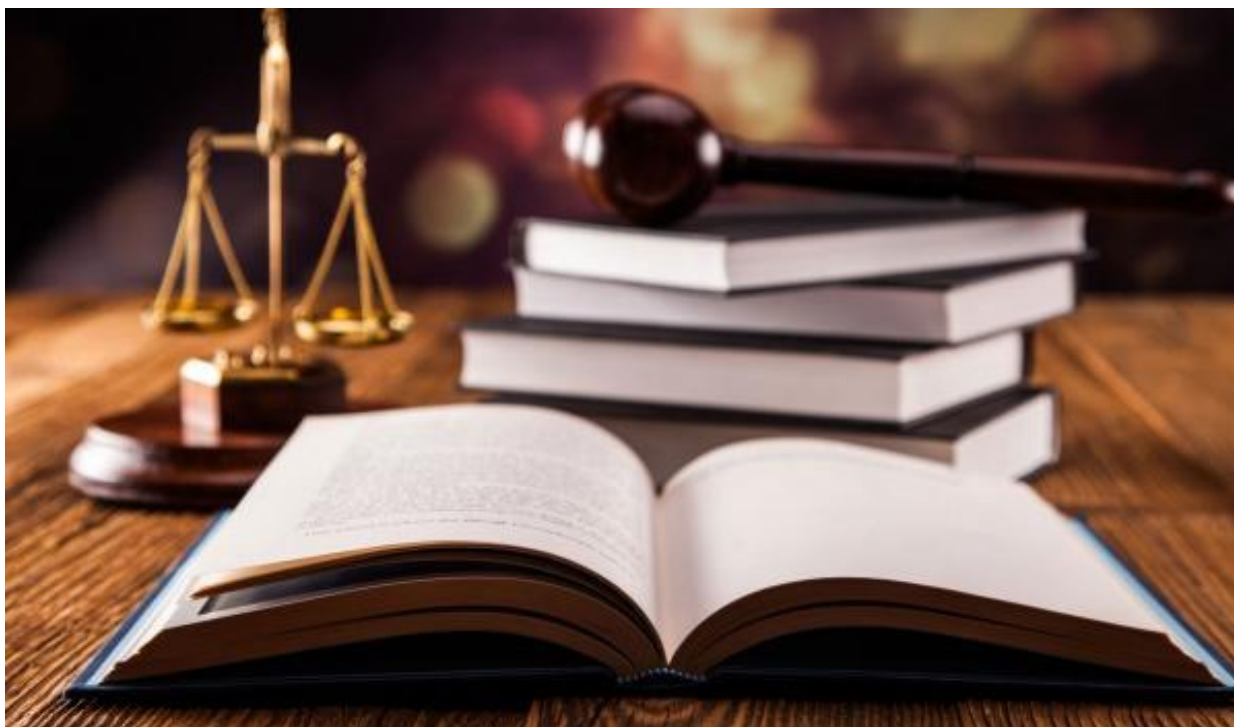
"A América precisa enfrentar também a crescente ameaça de ataques cibernéticos. Sabemos que hackers roubam identidades de pessoas e infiltram-se em e-mails privados. Sabemos que países e empresas estrangeiras espionam nossos segredos corporativos. Agora nossos inimigos estão buscando também sabotar nossa rede elétrica, nossas instituições financeiras, e nossos sistemas de controle de tráfego aéreo. Não podemos olhar para trás daqui há alguns anos e ponderar porque não fizemos nada em face às ameaças reais para nossa segurança e nossa economia."

<https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/02/12/remarks-president-state-union-address>

Fonte: Lloyd's



Clipping



RESOLUÇÃO CNSP Nº 323, DE 23.07.2015

RESOLUÇÃO CNSP Nº 323, DE 23.07.2015

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS - CNSP, no uso da atribuição que lhe confere o §1º do art. 5º do Regimento Interno daquele Conselho aprovado pela Resolução CNSP Nº 111, de 7 de maio de 2004, com fundamento nos incisos II, VI e VII do art. 32 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, no parágrafo único do art. 12 da Lei Complementar nº 126, de 15 de janeiro de 2007 e considerando o que consta do Processo CNSP Nº 3/2007, ad referendum daquele Conselho,

Nota da Editora: Foi publicada no Diário Oficial da União, de 22.07.2015, a RESOLUÇÃO CNSP Nº 321 com o mesmo conteúdo da RESOLUÇÃO CNSP Nº 322, que havia sido publicada no dia 21.07.2015. A RESOLUÇÃO CNSP Nº 323 foi publicada para corrigir este erro. Até o momento a vigência dos normativos permanece desta forma:

- [RESOLUÇÃO CNSP Nº 321, de 15.07.2015](#) (DOU de 17.07.2015)" Vigente"
- [RESOLUÇÃO CNSP Nº 322, de 20.07.2015](#)(DOU de 21.07.2015) "Vigente"
- [RESOLUÇÃO CNSP Nº 321, de 20.07.2015](#) (DOU de 22.07.2015) "Sem efeito"

Resolve:

TORNAR SEM EFEITO a [Resolução nº 321, de 20/7/2015](#), publicada no dia 22/07/2015, Seção 1, que Altera a redação do §4º do art. 14 e do art. 15 da Resolução CNSP nº 168, de 17 de dezembro de 2007, e revoga a Resolução nº 232, de 25 de março de 2011.

JOAQUIM VIEIRA FERREIRA LEVY

(DOU de 24.07.2015 – pág. 13 – Seção

SUSEP GANHA PRÊMIO DE MELHOR ÓRGÃO SUPERVISOR DA AMÉRICA LATINA

A Superintendência de Seguros Privados (Susep) recebeu o prêmio de melhor órgão supervisor da América Latina durante a realização do 4º Fórum Latino-americano de Seguros e Resseguros, organizado pela revista inglesa Reactions. Criada em 1981 e bastante conceituada no meio, a publicação é voltada para o mercado internacional de seguro e resseguro. O evento foi realizado em Miami (EUA).

A escolha da Susep se deveu, principalmente, às mudanças que estão sendo planejadas e implementadas no órgão com o objetivo de aprimorar a supervisão dos mercados de seguros, previdência complementar aberta e capitalização. O prêmio foi entregue ao superintendente da Susep, Roberto Westenberger, que assumiu o cargo em março de 2014 e vem promovendo profundas mudanças na autarquia. “Este prêmio não foi concedido pelo que a Susep é, mas pelo que ela está sendo. Estamos no meio de um intensivo processo de modernização, e o prêmio aumenta a nossa convicção de que estamos no caminho certo”, afirmou Westenberger.

Entre os projetos em desenvolvimento que fazem parte do plano de modernização da autarquia da Susep está a implantação do projeto do seguro eletrônico, que visa o aprimoramento do sistema de dados enviados pelas empresas do setor à Susep; implantação do processo eletrônico, que vai acabar com os processos em papel; revisão e melhoria da formação dos gesto-

res da superintendência; priorização da cadeia de valor, que vai orientar o órgão em relação aos seus objetivos; e gestão de riscos e controles internos, que interferem na produtividade do trabalho desenvolvido pelos servidores.

BRADESCO COMPRA HSBC BRASIL E LEVA TAMBÉM TRÊS SEGURADORAS

O Bradesco comprou neste domingo a operação brasileira do HSBC por US\$ 5,186 bilhões (R\$ 17,6 bilhões), diminuindo a diferença para o Itaú, maior banco privado do país. Também hoje, o HSBC divulgou queda de 4% no lucro mundial, para US\$ 4,3 bilhões no segundo trimestre. No Brasil, o lucro chegou a US\$ 191 milhões no primeiro semestre.

O maior interesse do Bradesco está na clientela de alta renda do HSBC, sexta maior instituição financeira do país em ativos. O banco tem cerca de 10 milhões de clientes, uma rede de 853 agências, receitas da ordem de R\$ 10,6 bilhões e mais de 20 mil trabalhadores em todo o país.

Segundo tem divulgado o Bradesco, a aquisição vai proporcionar benefícios para os clientes das duas instituições, como o aumento da rede de atendimento em todo o país e o acesso a produtos oferecidos pelos dois bancos, principalmente nos mercados de seguro, cartão de crédito e administração de fundos (asset management).

Três seguradoras estão incluídas no pacote. A HSBC Seguros Brasil registrou receitas (prêmio emitido) de R\$

804 milhões, lucro líquido de R\$ 403 milhões e patrimônio líquido de R\$ 962 milhões no ano passado.

A HSBC Vida e Previdência encerrou 2014 com contribuições de R\$ 1,6 bilhão, lucro líquido de R\$ 104 milhões e patrimônio líquido de R\$ 338 milhões. A HSBC Capitalização obteve arrecadação de R\$ 607 milhões, lucro líquido de R\$ 95 milhões e patrimônio líquido de R\$ 147 milhões. HDI e Sul América usam a rede do banco inglês para distribuir seus produtos.

Segundo recente entrevista concedida por João Francisco Borges, presidente da HDI, caso o novo controlador decida romper o contrato de preferência, o impacto no faturamento da seguradora será de 5% na receita gerada pela vendas no balcão. Nos últimos tempos o esforço de venda do HSBC estava concentrado em previdência. Fonte: Sonho Seguro

LOJA FURTADA UM DIA APÓS TENTAR CONTRATAR APÓLICE RECEBERÁ SEGURO PROVISÓRIO

A 4ª Câmara de Direito Civil do TJ manteve a sentença que concedeu a loja furtada no Vale do Itajaí, com contrato de apólice em análise pela seguradora, o direito a receber o seguro provisório previsto no contrato, independente de negativa posterior de proteção para o estabelecimento.

Nos autos, consta que a empresa atua no comércio de vestuário e teve prejuízo de aproximadamente R\$ 25 mil no sinistro. Após o furto ser comunicado a seguradora, esta negou a proposta de contrato, sob a alegação que

do o sinistro em questão”. A decisão foi unânime (Ap. Cív. n. 2015.026014-5). Fonte: CQCS (Justiça em Foco), com Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

SEGURO PARA AUTOMÓVEL É A APÓLICE MAIS POPULAR NO BRASIL



a empresa agiu com má-fé quando omitiu que sofreu idêntico ataque no mês anterior e que as câmeras do estabelecimento eram falsas. Já os advogados do empreendimento sustentaram que a loja estaria sob a proteção do seguro provisório, merecendo a acolhida do amparo, mesmo com a rejeição da seguradora.

O desembargador substituto Jorge Luis Beber, relator do processo, justifica a manutenção da sentença: “É imperioso sopesar que a rejeição da proposta de seguro não se confunde com a negativa de cobertura indenizatória manifestada pela ré, mormente ante a ausência de controvérsia – sacramentada pela expressa concordância da requerida nas razões de apelação – quanto à vigência do chamado seguro provisório à época em que concretiza-

O seguro para automóvel é a apólice mais popular entre os brasileiros e cobre diversos imprevistos. Uma dúvida muito comum é em relação ao alagamento. Se o motorista está em trânsito e é pego de surpresa por uma enchente que prejudica o veículo, o incidente está coberto pela apólice. Mas, caso o carro seja danificado por conta da subida da maré na praia, a situação não está contemplada na apólice – que não abrange danos ocorridos por água salgada?, esclarece Jabis Alexandre, diretor geral de Automóvel e Massificados do Grupo Segurador Banco do Brasil e Mapfre.

Outro questionamento recorrente é o contrato para carros rebaixados. Como o procedimento altera as características originais do automóvel, podendo prejudicar itens de segurança, a seguradora não aceita esse tipo de risco e pode declinar o ressarcimento diante da ocorrência de um acidente – se a alteração for realizada após o fechamento do contrato.

Muitos motoristas também pensam em acionar a seguradora somente quando ocorre um incidente que causa grandes danos ou a perda total do veículo. Contudo, o que muitos segurados não sabem, é que a apólice contempla assistências que podem solucionar pequenos problemas, como trincas

nos vidros e reparo de retrovisor. Além disso, é possível complementar o contrato com as coberturas de assistência residencial.

A apólice do BB e Mapfre estende as mesmas coberturas do automóvel para o carro reserva e o cliente não necessita adquirir o seguro da locadora de veículos. Em caso de acidentes com vítimas, o seguro também é um aliado no momento de arcar com as despesas médicas dos envolvidos. A cobertura de danos corporais pode cobrir os custos que excedem a indenização paga pelo seguro Dpvt. Segundo ele, outra dica relevante é a contratação de 110% da tabela Fipe, opção escolhida no momento de fechar a apólice. Essa alternativa garante que, em caso de indenização integral, o segurado receba o valor apontado pela tabela Fipe e acréscimo de 10%, para cobrir os acessórios existentes no veículo. Fonte: Monitor Mercantil

PROJETO AMPLIA ABRANGÊNCIA DO SEGURO GARANTIA NAS GRANDES OBRAS

As seguradoras deverão assumir a responsabilidade pela conclusão das grandes obras, se for aprovado o Projeto de Lei 2391/2015, de autoria do deputado Júlio Lopes (PP/RJ). Segundo a proposta, caberá à seguradora assumir a responsabilidade pelo término dos empreendimentos, executando-os diretamente ou por meio de terceiros, ou, em último caso, indenizando o segurado dos efetivos prejuízos causados pelo inadimplemento do contrato. O parlamentar explica que ao emitir um seguro-garantia na forma prevista no projeto, a segura-

dora terá que empenhar seus próprios ativos, o que servirá de “incentivo” para que a companhia investigue o histórico de seu cliente. “Com isso, as taxas que a seguradora cobrará poderão ser menores, se o risco for menor. Para pagar a execução de um seguro, a seguradora requererá uma verificação por terceiros. Assim, poderá exercer um papel mais ativo em prevenir riscos”, assinala.

Ele observa ainda que, se os fornecedores contratados forem livres para escolherem eles mesmos as garantias oferecidas, dificilmente escolherão a mais eficiente para a administração, já que não têm incentivos a internalizar as externalidades infligidas à Administração por sua escolha. “Por outro lado, as seguradoras são obrigadas a manter capital suficiente para atender às suas obrigações e têm fortes incentivos a peneirar os fornecedores, e isso é feito por meio de subscrição, que exige a apresentação de balanços e demonstrativos para atestar seu capital, fluxo de caixa e rendimentos, bem como documentos sobre organogramas, planos de negócios, catálogo de obras já realizadas, cartas de recomendação, etc.”, comenta o deputado.

Na visão dele, as seguradoras tipicamente são boas em avaliar essa informação, devido à sua especialização e experiência.

Além disso, em caso de insolvência do contratado, a seguradora pode escolher entre reembolsar o comprador e ela mesma assumir a tarefa de completar o projeto (eventualmente subcontratando-o). “Assim, se o governo tiver uma boa fiscalização nas segura-



doras, não precisará duplicar o trabalho delas em investigar o risco de suas contratadas”, frisa. O autor do projeto acentua também que o valor do seguro-garantia deverá ser proporcional ao risco do projeto, e não aos custos estimados, como fazem os Estados Unidos, onde o seguro garantia (o chamado seguro de desempenho) é no valor total do projeto. “Estou certo que este projeto contribui para a melhoria dos índices de sucesso nos empreendimentos públicos, algo tão reclamado pela sociedade brasileira”, conclui. Fonte:Segurogarantia.net

PROJETO QUE RESGATA CARTEIRA DO CORRETOR CORRIGE TAMBÉM ALGUMAS DISTORÇÕES DA LEI QUE REGULA A PROFISSÃO

Além de tornar obrigatória, novamente, a emissão da carteira profissional do corretor de seguros (pessoas físicas) e das autorizações para funcionamento (pessoas jurídicas), o projeto de lei

proposto pelo deputado Lucas Vergilio (SD/GO) também corrige algumas distorções da Lei 4.594/64, que regula a profissão.

A principal correção proposta é a revogação do Artigo 30 dessa lei, o qual estabelece que, nos municípios onde não houver corretor legalmente habilitado, as propostas de contratos de seguro continuarão a ser encaminhadas às seguradoras por corretor de seguros ou “por qualquer cidadão, indiferentemente, mantido o regime de livre concorrência”.

É sugerida ainda a revogação dos artigos 11 e 28. O primeiro determina que os sindicatos (Sincors) deverão publicar semestralmente, no Diário Oficial da União e dos Estados, a relação devidamente atualizada dos corretores e respectivos prepostos habilitados.

O outro estabelece que a Lei 4.594 é aplicável aos territórios estaduais nos

quais existem Sindicatos de Corretores de Seguros legalmente constituídos.

Segundo o deputado Lucas Vergilio, não se pode esquecer que a Lei 4.594 foi editada há mais de 50 anos, o que torna necessária a sua atualização. “A lei vem cumprindo fielmente o seu importante papel como marco regulatório do exercício da profissão de corretor de seguros e o disciplinamento de suas respectivas atividades de intermediação. Entretanto, alguns de seus dispositivos devem ser trazidos para a realidade e o momento atual, além de outros que estão com proposta de revogação e não se justificam permanecer no atual ordenamento jurídico”, argumenta o parlamentar. O projeto está tramitando, agora, na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara, que indicou o deputado Benjamin Maranhão (SD-PB) para ser o relator da proposta. Fonte: CQCS

PUBLICADO O REGIMENTO INTERNO DAS COMISSÕES TEMÁTICAS DA CNSEG

A CNseg acaba de publicar o Regimento Interno de suas Comissões Temáticas. O documento, cujo texto foi aprovado na reunião de julho do Conselho Diretor da Confederação, sistematiza a competência, composição e funcionamento das Comissões, além de conter disposições relativas às suas atribuições. As Comissões Temáticas da CNseg são de caráter consultivos e funcionam no âmbito de cada uma das superintendências da Confederação, tendo como atribuição o estudo de assuntos relacionados com as operações de interesse geral do mercado segurador. Seus

membros são profissionais do mercado indicados pela Cnseg e Federações associadas, devendo ter notória especialização nas áreas de conhecimento relacionadas ao mercado e aos temas específicos das comissões às quais estão relacionados. Atualmente, são 15 as Comissões Temáticas em atividade na CNseg, reunindo-se mensalmente de forma presencial e por meio de vídeo conferência. Fonte: Cnseg

SEGURIDADE PARTICIPA COM 29,2% DO LUCRO DO BANCO BRADESCO NO SEMESTRE

O lucro líquido ajustado do 1º semestre de 2015 foi de R\$ 8,7 bilhões, 20,6% acima do resultado de R\$ 7,2 bilhões no mesmo período de 2014, correspondendo a R\$ 3,35 por ação, e rentabilidade de 21,9% sobre o Patrimônio Líquido Médio Ajustado. Quanto à origem, o ganho é composto por R\$ 6,2 bilhões provenientes das atividades financeiras, correspondendo a 70,8% do total, e por R\$ 2,5 bilhões gerados pelas atividades de seguros, previdência e capitalização, representando 29,2% do total.

Segundo comunicado divulgado hoje pela manhã ao qual o blog Sonho Seguro teve acesso, os prêmios emitidos de seguros, contribuição de previdência e receitas de capitalização atingiram o montante de R\$ 30,7 bilhões no 1º semestre de 2015, evolução de 19,3% em relação ao mesmo período de 2014. As provisões técnicas alcançaram R\$ 164,6 bilhões, apresentando uma evolução de 15,3% em relação ao saldo de junho de 2014. Fonte: Sonho Seguro

DADOS DA SUSEP INDICAM AUMENTO DE RECEITA DAS SEGURADORAS

A receita de prêmios diretos gerados pelo mercado segurador brasileiro ultrapassou os R\$ 47,5 bilhões, de janeiro a junho deste ano, representando um crescimento de 4,6% em comparação ao mesmo período do ano passado. De acordo com números divulgados pela Susep, junho foi, até agora, o melhor mês do ano para as seguradoras, com a receita global atingindo a cifra de R\$ 8,5 bilhões, valor 7,6% maior que a apurada em maio e 9,3% superior ao montante registrado no mesmo mês, no ano passado. Já as despesas comerciais, que englobam, principalmente, as comissões pagas aos corretores, atingiram a marca de R\$ 10,4 bilhões no acumulado de janeiro a junho. Em comparação ao primeiro semestre do ano passado, o crescimento foi de 12,9%. Fonte: Segs/Cnseg



SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL

INTIMAÇÃO - MANDATÁRIO ANTERIOR - NULIDADE

RHC 127258 / PE PERNAMBUCO
RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS
Relator(a): Min. TEORI ZAVASCKI
Julgamento: 19/05/2015
Órgão Julgador: Segunda Turma
Publicação PROCESSO ELETRÔNICO
DJe-102 DIVULG 29-05-2015 PUBLIC
01-06-2015
Parte(s) RECTE.(S): MARIA DE FATIMA BEZERRA
RECD.(A/S): MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROC.(A/S)(ES): PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA

EMENTA

RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. CONSTITUIÇÃO DE NOVO PROCURADOR, SEM RESSALVA DO MANDATO ANTERIOR. REVOGAÇÃO TÁCITA. INTIMAÇÃO DE ADVOGADA QUE NÃO MAIS PATROCINAVA A DEFESA DA RÉ PARA A SESSÃO DE JULGAMENTO DA APELAÇÃO. NULIDADE DO JULGAMENTO. RECURSO PROVIDO. 1. A constituição de novo advogado para atuar na causa, sem ressalva ou reserva de poderes, representa revogação tácita do mandato anteriormente concedido. Desse modo, é de se reconhecer a nulidade da intimação da sessão de julgamento da apelação, sobretudo

se considerada a existência de pedido expresso para que as intimações fossem feitas em nome do novo causídico. Precedentes. 2. Recurso ordinário provido, em parte.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

PROCESSO CIVIL - CORREÇÃO MONETÁRIA - INDENIZAÇÃO - TAXA SELIC

EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 1.025.298 - RS (2008/0009812-7)
RELATOR: MINISTRO MASSAMI UYEDA
R.P/ACÓRDÃO: MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO
EMBARGANTE: BRASIL TELECOM S/A
EMBARGADO: LUIZ P LEAL E CIA LTDA

EMENTA

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. SUBSCRIÇÃO DE AÇÕES. BRASIL TELECOM. CONVERSÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER EM PERDAS E DANOS. JUROS MORATÓRIOS DESDE A CITAÇÃO. SELIC. PRECEDENTE DA CORTE ESPECIAL. NOVA CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DA CONVERSÃO. IMPOSSIBILIDADE. EMBARGOS PARCIALMENTE ACOLHIDOS. 1. Em relação ao mérito, a Segunda Seção decidiu que "não sendo possível a entrega das ações, seja em relação à telefonia fixa, seja em referência à telefonia móvel, uma forma de se resolver o problema é estabelecer-se que o

valor da indenização será o resultado do produto da quantidade de ações multiplicado pela sua cotação na Bolsa de Valores, exatamente do dia do trânsito em julgado da demanda, ou seja, o valor da ação na Bolsa de Valores no dia em que o acionista passou a ter o direito irrecorrível de comercializá-las ou aliená-las". 2. Nesse ponto, a ciência por parte do devedor em relação ao valor da cobrança - no caso concreto, aquele decorrente da conversão da obrigação de entregar ações em indenização pecuniária - não é relevante para determinar o termo inicial de fluência dos juros moratórios, os quais devem correr tão logo seja verificado o marco legal de constituição do devedor em mora, por força de expressa previsão legal. A impossibilidade inicial de cumprir obrigação posteriormente reconhecida em sentença, seja pela iliquidez, seja por ausência de parâmetros seguros acerca do valor devido, não pode ser óbice à fluência dos juros moratórios, muito embora essa perplexidade não seja nova na doutrina e na jurisprudência.

Precedentes. Incidência das Súmulas n. 163 e n. 254 do Supremo Tribunal Federal. Assim, os juros moratórios contam-se desde a citação, incidindo no valor apurado para a indenização. 3. A taxa de juros moratórios a que se refere o art. 406 do Código Civil de 2002, segundo precedente da Corte Especial (EREsp 727842/SP, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, CORTE

ESPECIAL, julgado em 08/09/2008), é a SELIC, não sendo possível cumulá-la com correção monetária, porquanto já embutida em sua formação. 4. Embargos de declaração parcialmente acolhidos para determinar a atualização do valor exclusivamente pela SELIC (desde a citação até o efetivo pagamento) e afastar a incidência de nova correção monetária a partir da conversão da obrigação em indenização.

PROCESSO CIVIL - MULTA ART. 475-J- SENTENÇA ARBITRAL - CABIMENTO.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.102.460 - RJ (2008/0255844-7)
RELATOR: MINISTRO MARCO BUZZI
RECORRENTE: DAVID ZYLBERSZTAJN E OUTROS
RECORRIDO:FRB-PAR
INVESTIMENTOS S/A

DECISÃO MONOCRÁTICA

O presente recurso especial versa sobre o cabimento ou não da multa do artigo 475-J do CPC no âmbito de cumprimento de sentença arbitral. A Terceira Vice-Presidência do Tribunal de origem admitiu o presente reclamo, interposto pelos exequentes, selecionando-o como representativo da controvérsia, com amparo nos artigos 543-C, § 1º, do CPC, e 1º, § 1º, da Resolução STJ 8/2008, uma vez constatada a multiplicidade de insurgências sobre idêntica questão de direito. Desse modo, encampo a decisão proferida pelo Juízo a quo, submetendo o julgamento deste recurso ao procedimento do artigo 543-C do CPC, afetando-o à Corte Especial (artigo 2º da Resolu-

ção STJ 08/2008). Oficie-se aos Presidentes dos Tribunais de Justiça e dos Regionais Federais, para fins do disposto no artigo 2º, § 2º, do supracitado normativo (suspensão do processamento dos recursos que versem sobre a mesma controvérsia). Comunique-se, com cópia da presente decisão, aos demais Ministros desta Corte. Após, abra-se vista ao Ministério Público para, querendo, oferecer manifestação no prazo de 15 (quinze) dias (artigo 3º, inciso II, da Resolução STJ 08/2008). Publique-se a decisão na íntegra a fim de viabilizar a manifestação oportuna de eventuais amici curiae (parte final do inciso I do artigo 3º da Resolução STJ 08/2008).

SEGURO DE VIDA EM GRUPO - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - INDENIZAÇÃO INDEVIDA.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.259.628 - SE (2011/0131549-1)
RELATOR: MINISTRO SIDNEI BENETI
RECTE: ANDERSON ALVES DOS SANTOS
RECDO: BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

EMENTA

SEGURO DE VIDA. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA. CARACTERIZAÇÃO COMO RELATIVA A PERDA DE ATIVIDADE LABORATIVA INDEPENDENTE. DISTINÇÃO DE INVALIDEZ LABORATIVA, REFERENTE A DETERMINADA ATIVIDADE. ATIVIDADE MILITAR. IMPOSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO, MAS POSSIBILIDADE DE PRESTAÇÃO DE OUTRA ATIVIDADE. RECURSO ESPECIAL DO

SEGURADO IMPROVIDO.

- 1.- Na Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD) a incapacidade para “função” interpreta-se no sentido físico ou mental geral, de modo a implicar a perda de atividade independente, não exigido, contudo, estado vegetativo, e não para a “função” laborativa que vinha exercendo o segurado, podendo ele exercer outras atividades, que não a para a qual incapacitado, ainda que em outro emprego.
- 2.- Situação fática e interpretativa de contrato prevalecente tal como realizada pelo Tribunal de origem (Súmulas 7 e 5/STJ), em que a incapacidade para o serviço no Exército não implica incapacidade para outras atividades laborativas.
- 3.- Inexistência de óbice no Código de Defesa do Consumidor e no princípio da boa-fé objetiva.
- 4.- Recurso Especial improvido.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - INDENIZAÇÃO INDEVIDA.

ESPECIAL Nº 1.449.513 - SP (2014/0090218-9)
RELATOR: MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECTE: JOSÉ CARLOS COLOCCA
RECDO: METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S/A

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SEGURO DE VIDA EM GRUPO COM ADICIONAL DE COBERTURA POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR

DOENÇA - IFPD. PATOLOGIA DA COLUNA LOMBAR CONTROLADA POR CIRURGIA. INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE PARA A PROFISSÃO. DESEMPENHO DE ATIVIDADES LABORAIS LEVES. DEFINIÇÃO DA APÓLICE: INVALIDEZ FUNCIONAL. ATIVIDADES AUTONÔMICAS DA VIDA DIÁRIA. PRESERVAÇÃO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA INDEVIDA.

1. A Circular SUSEP nº 302/2005 vedou o oferecimento da cobertura de Invalidez Permanente por Doença (IPD), em que o pagamento da indenização estava condicionado à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa, pois era difícil a sua caracterização ante a falta de especificação e de transparência quanto ao conceito de "invalidez" nas apólices, havendo também confusão entre o seguro privado e o seguro social, o que gerou grande número de disputas judiciais.

Em substituição, foram criadas duas novas espécies de cobertura para a invalidez por doença: Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD ou IPD-L) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD ou IPD-F).

2. Na Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a garantia do pagamento da indenização é no caso de invalidez consequente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida quando o quadro clínico incapacitante inviabilizar de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Já na cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), há a garantia do pagamento de indenização em caso de inva-

lidez laborativa permanente total, consequente de doença para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado. Logo, a garantia de invalidez funcional não tem nenhuma vinculação com a invalidez profissional.

3. Embora a cobertura IFPD (invalidez funcional) seja mais restritiva que a cobertura ILPD (invalidez profissional ou laboral), não há falar em sua abusividade ou ilegalidade, tampouco em ofensa aos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, não se constatando também nenhuma vantagem exagerada da seguradora em detrimento do consumidor.

De qualquer modo, a seguradora deve sempre esclarecer previamente o consumidor e o estipulante (seguro em grupo) sobre os produtos que oferece e existem no mercado, prestando informações claras a respeito do tipo de cobertura contratada e as suas consequências, de modo a não induzi-los em erro.

4. Recurso especial não provido.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

CONTRATO DE SEGURO - ARBITRAGEM - TUTELA ANTECIPADA - OBRIGAÇÃO DE NÃO FAZER - PROVIMENTO.

AGRAVO DE INSTRUMENTO N. 0304979-49.2011.8.26.0000
COMARCA DE SÃO PAULO
AGRTE(S): ENERGIA SUSTENTÁVEL DO BRASIL S/A, CONSTRUÇÕES E COMÉRCIO CAMARGO CORRÊA S/A

e ENESA ENGENHARIA S/A
AGRDO(S): SUL AMÉRICA
COMPANHIA NACIONAL DE SEGUROS S/A, MAPFRE SEGUROS S/A, ALLIANZ SEGUROS S/A e COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A, ITAÚ-UNIBANCO SEGUROS CORPORATIVOS S/A, ZURICH BRASIL SEGUROS S/A

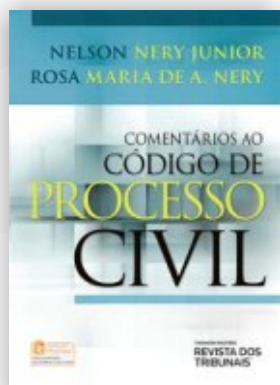
AGRAVO DE INSTRUMENTO.

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE NÃO FAZER. DISCUSSÃO SOBRE CLÁUSULA COMPROMISSÓRIA DE ARBITRAGEM INSERIDA EM CONTRATO DE SEGURO. TUTELA INIBITÓRIA. PRESENÇA DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS. ART. 461, §3º, DO CPC. RELEVÂNCIA DA MATÉRIA. CONFLITO ENTRE DISPOSIÇÃO CONTRATUAL ELETIVA DE LEI E FORO E A CLÁUSULA QUE DISPÕE SOBRE A VIA ARBITRAL. PREVALÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO PARA A APRECIÇÃO DA MATÉRIA. FLEXIBILIZAÇÃO DO PRINCÍPIO COMPETÊNCIA-COMPETÊNCIA. RISCO DE INEFICÁCIA DO PROVIMENTO FINAL. ARBITRAGEM EM LONDRES QUE IRÁ SUPRIMIR O OBJETO DA DEMANDA. LIMINAR CON-FIRMADA. RECURSO PROVIDO.





Sugestão de Leitura



NERY JR., Nelson,
NERY, Rosa Maria de
Andrade. **Comentários
ao Código de Processo
Civil**. São Paulo: RT,
2015



FUX, Luiz, NEVES,
Daniel Amorim
Assumpção. **Novo CPC:**
código de processo civil
comparado. 2. Ed.
Revista. Rio de Janeiro,
2015.



ACREDITE SE QUISER

Pérolas Jurídicas

CARÍCIAS

Em uma audiência de instrução e julgamento, uma testemunha prestou um depoimento completamente divergente da testemunha anterior. O advogado, sem perder tempo, bateu na mesa e disse, em tom elevado:

-Excelência, é preciso acariciar as testemunhas!!!

Na realidade, o advogado queria que o juiz determinasse a acareação das testemunhas, conforme dispõe o art. 418, II, do CPC)

BENS MÓVEIS E BENS IMÓVEIS

"Bens móveis são aqueles que são fabricados nas marcenarias. Já os bens imóveis são aqueles que não se movimentam, como um edifício, e também, por exemplo, um veículo que por estar sucateado não tem como ser removido". *(De um universitário, ao fazer a diferenciação entre bens móveis e bens imóveis, numa prova de Direito Civil).*

PREDICADO

A parte autora diz que no contrato de compra e venda estão presentes o sujeito e o objeto, mas não aponta onde estará o predicado". *(De uma contestação em ação revisional)*



Biblioteca.Com

Artigos especiais selecionados no acervo do Escritório.

OS CONTRATOS DE SEGURO E A PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR TURISTA

Revista de Direito do Consumidor | vol. 88/2013 | p. 213 | Jul / 2013 DTR\2013\7250

Angélica Carlini

Doutora em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Doutora em Educação, Mestre em Direito Civil e Mestre em História Contemporânea. Docente na Universidade Paulista - Unip e Diretora da Associação Internacional de Direito do Seguro.

Marco Aurélio Mello Moreira

Especialista em Direito Fundamentais e do Consumidor. Conselheiro da Associação Internacional de Direito do Seguro. Presidente do Grupo Regional de Trabalho da Aida no Rio Grande do Sul. Diretor do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor - Brasilcon.

Área do Direito: Consumidor

Resumo: O artigo analisa a importância da contratação de seguros em modalidades diversas para a proteção do turista que virá ao Brasil no período de 2013 a 2016, em razão dos eventos esportivos, religiosos e culturais que o país vai sediar. A contratação de seguros por parte de empresas e mesmo por parte de pessoas físicas pode se constituir em relevante forma de planejamento contra riscos que podem atingir os turistas, em especial quando estão em países diferentes daquele de origem. A prevenção das consequências dos riscos por meio da contratação de seguros é o objetivo da análise deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

O¹ Brasil vai sediar entre 2013 e 2016 quatro eventos esportivos de grande importância mundial, além de um evento religioso igualmente expressivo.

Milhares de pessoas de todas as partes do mundo virão para o Brasil e aqui, quase sempre, terão que se deslocar por via terrestre ou aérea,

em vista das dimensões do país e do fato de que os pontos turísticos e as sedes dos jogos da Copa das Confederações e da Copa do Mundo estão em diferentes locais.

Eventos desse porte são planejados de forma cuidadosa e incluem a prevenção de acidentes e as medidas a serem adotadas se eles ocorrerem. Mas isso não subtrai do próprio turista o dever de programar sua participação no evento de forma igualmente cuidadosa para garantir uma estadia bem-sucedida e recursos em caso de ocorrerem acidentes ou incidentes.

Os serviços de seguro para turistas são internacionalmente conhecidos e não raro oferecidos por agências de turismo quando apresentam seus programas de viagem. São oferecidos também pelos cartões de crédito que operam internacionalmente. Essas modalidades de contrato de seguro são uma forma de planejamento para os turistas que se deslocarão para o Brasil durante os eventos esportivos dos próximos anos, uma forma de prevenção contra riscos. Mas é preciso pensar também nos seguros que os prestadores de serviços precisarão oferecer aos turistas durante o período de sua estada no Brasil, em especial os prestadores das áreas de hospedagem, transporte, alimentação, promoção de eventos, shows, viagens, entre outros.

Analisar aspectos fundamentais dos contratos de seguro e sua utilidade como planejamento para os casos em que os riscos se concretizam, é o objetivo deste trabalho.

2. CONCEITOS E FUNDAMENTOS DOS CONTRATOS DE SEGURO

Os contratos de seguro surgiram na história da humanidade como uma forma de dividir por muitos os riscos a que todos estavam expostos,

principalmente aqueles oriundos das catástrofes da natureza e das consequências das decisões humanas, como os incêndios, assaltos e furtos de produtos.

Os primeiros a organizarem formas de seguro foram os comerciantes que, para se prevenirem das consequências dos riscos inerentes às suas atividades, criaram estratégias para minimizar as perdas e com isso, criaram os contratos de seguro em formato semelhante daquele que conhecemos hoje. Mais tarde, os grandes conglomerados urbanos que se formaram assim como o incremento da produção industrial fizeram surgir outras formas de risco que igualmente foram inseridas entre os riscos cobertos pelos contratos de seguro.

A criação dos contratos de seguro resulta, portanto, de três aspectos fundamentais presentes em várias fases da trajetória humana: incerteza, previdência e mutualismo.

Incertezas decorrem dos vários tipos de risco a que o homem está sujeito. No passado eram riscos oriundos principalmente dos fenômenos naturais como as tempestades, terremotos, nevascas, furacões e outros. Mais recentemente com o acúmulo de produção tecnológica os riscos decorrem do uso intensivo da tecnologia e das decisões dos homens à frente dos complexos econômicos criados para produzir cada vez mais e nem sempre com total segurança. A esses se somam os riscos decorrentes das mudanças climáticas que de forma sistemática causam grandes transtornos em várias partes do planeta.

Para responder às incertezas os homens se organizaram para agir com previdência, seja no sentido de prevenir a ocorrência de danos seja para minimizar os prejuízos decorrentes dos riscos materializados.

O mutualismo foi a resposta criada pela inteligência humana para dar conta das incertezas. O seguro é uma forma de previdência coletiva para fazer frente às incertezas comuns a todos e que exatamente por isso, são partilhadas entre os participantes da mutualidade para que as vítimas de danos possam ser indenizadas e, desse modo, se recuperar no todo ou ao menos em parte, dos prejuízos que sofreram.

O fundamento dos contratos de seguro é, portanto, a mutualidade. Várias partes sujeitas a um mesmo tipo de risco dividem entre si a partir de cálculos atuariais, valores que serão depositados em um fundo comum a ser administrado por uma seguradora. E esse fundo custeará as indenizações decorrentes de riscos materializados durante um período de tempo previamente delimitado.

Cálculos atuariais são aqueles que conseguem determinar, a partir do estudo dos riscos e dos dados estatísticos, quais as probabilidades de ocorrência de um risco. Com isso é possível determinar qual o valor da contribuição de cada membro da mutualidade, para garantir que o fundo mutual tenha valores suficientes para durante um determinado período de tempo preestabelecido, honrar todos os valores indenitários que forem necessários. Em todos os ramos de seguro que se praticam o fundamento de sustentabilidade é a mutualidade, cuja formação, organização e administração é de responsabilidade das empresas de seguro. Exatamente por serem formadoras e administradoras de fundos mutuais, ou seja, por captarem a administrarem dinheiro de terceiros para fazer frente ao pagamento de indenizações quando materializados os riscos predeterminados nos contratos, a atividade securitária é fortemente regulamentada pelos diferentes países.

No Brasil, o padrão adotado para a fiscalização da solvência das empresas de seguro é semelhante ao adotado na União Europeia e conhecido como Solvência II. Alicerçado em três pilares fundamentais, o primeiro trata dos aspectos quantitativos das provisões técnicas; o segundo pilar é qualitativo e diretamente relacionado com as boas práticas de gestão, de governança corporativa e de compliance; e o terceiro, se refere aos reportes sistemáticos para supervisão e para a avaliação da própria sociedade.

No Brasil, a Superintendência de Seguros Privados - Susep, autarquia que fiscaliza as seguradoras, tem dispositivos paramonitorar mensalmente os aspectos qualitativos e quantitativos, ou seja, tem dados em quantidade suficiente para aferir se cada um dos pilares do programa Solvência II estão sendo atendidos corretamente.

Em 2012 o setor de seguros arrecadou 252,3 bilhões de reais e pagou 149, 2 bilhões em sinistros. Retornou à sociedade mais de 50% dos prêmios recebidos, o que demonstra sua utilidade e importância não apenas como indústria geradora de empregos e pagadora de tributos, mas principalmente, como instrumento de planejamento de riscos e de gerenciamento de crises.

Para que haja segurança da mutualidade são cobertos pelos contratos de seguro apenas os riscos que independem da vontade humana, ou seja, os riscos não intencionais. O dolo como fonte geradora de prejuízos indenizáveis por seguro é inadmitido, porque fugiria ao sentido moral que alicerça os contratos, bem como impediria que a mutualidade fosse corretamente administrada. Também há restrição para a prática de *moral hazard*, ou seja, as situações em que o comportamento do segurado se modifica após a contratação do seguro, de forma a se tornar menos diligente do que seria se não tivesse contratado o seguro. É a hipótese daquele que após contratar um seguro de automóvel passa a se conduzir de forma não atenta às regras de trânsito, por entender que após a contratação todos os riscos serão cobertos pelo seguro. Deixa o veículo estacionado na rua com os vidros e portas abertos e com a chave no contato, em uma atitude que não seria praticada se ele não tivesse um contrato de seguro.

Esses casos são excluídos do seguro por serem definidos como agravação de risco, ou como risco não contratado (excluídos), exatamente porque oneram em demasia a mutualidade e tornam a repartição inviável no âmbito financeiro.

Por fim, para que haja equilíbrio da mutualidade não são todos os riscos que poderão ser cobertos pelos contratos de seguro, mas apenas aqueles predeterminados no próprio contrato.

Essa restrição tem por objetivo permitir um universo confiável de dados, de modo que os valores recolhidos mensalmente pelos segurados sejam suficientes para o pagamento das diversas indenizações decorrentes de riscos materializados ocorridos durante o período de vigência do contrato.

É o que acontece, por exemplo, com as moléstias preexistentes nos seguros de pessoas. É um risco não coberto porque afasta a álea que é elemento fundamental para a operação de seguros. Se o segurado sabe que está doente e contrata o seguro sem informar esse fato para a seguradora está criando uma variável não prevista nos cálculos atuariais, que se fundamentaram no fato de que todos os segurados estavam em boas condições de saúde.

As franquias e carências previstas nos contratos de seguro, em especial nos de automóvel e de saúde, respectivamente, são instrumentos atuariais para permitir o ingresso de uma massa maior de segurados com a consequente administração dos valores de pequeno porte (franquias), e de tempo para o pagamento de indenizações (carências).

Esses instrumentos nem sempre bem compreendidos pelos segurados em razão de déficit informacional, são formas de garantir que a mutualidade continue saudável e sustentável e responda adequadamente com o pagamento dos valores decorrentes dos riscos materializados ao longo do período de vigência do contrato.

Ensina a Profa. Dra. Claudia Lima Marques “Cooperar é um dever de conduta do parceiro contratual segundo a boa-fé. É o simples agir com lealdade, é colaborar com o ‘outro’, para que possa cumprir com suas obrigações e possa alcançar suas expectativas legítimas e interesses naquele tipo contratual.

(...)

Cooperar é, em resumo, não criar barreiras contratuais para que o ‘outro’ consiga alcançar os seus fins legítimos no contrato. (MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor* (LGL\1990\40). *O novo regime das relações contratuais*. São Paulo: Ed. RT, 2011, p. 1064).”

Os contratos de seguro são, por excelência, contratos de cooperação a serem guiados

pela boa-fé entre as partes contratantes e pela função social como componente fundamental da correta hermenêutica a ser aplicada a eles. Consumidor e fornecedor devem atuar de forma a permitir que ambos cumpram a totalidade de suas obrigações contratuais, usufruam adequadamente de seus direitos e, sobretudo, respeitem e protejam a mutualidade que congrega os valores que serão utilizados nas indenizações a serem pagas durante o período de vigência.

3. SEGURO-VIAGEM - COBERTURAS E EXCLUSÕES

Os seguros-viagem são de contratação obrigatória para ingresso em alguns países do mundo. É o que ocorre com 27 países integrantes da União Europeia que exigem que o turista comprove possuir seguro com cobertura médica e hospitalar no valor mínimo de 30 mil euros.

A cobertura básica dessa modalidade de seguros é a morte e os acidentes pessoais, mas várias outras coberturas podem ser adicionadas dependendo da forma como seguradoras operam seus seguros-viagem. Os brasileiros quando viajam ao exterior podem contratar, por exemplo, assistência médica hospitalar, assistência odontológica, despesas farmacêuticas, hospedagem de acompanhante, remoção médica do país onde ocorreu o acidente para o Brasil, traslado do corpo, perda ou extravio de bagagem, perda de documentos, assistência jurídica e algumas outras. O objetivo é garantir ao turista que adoecce ou que sofre um acidente condições de enfrentar esses transtornos sem necessitar despendar valores não previstos no planejamento da viagem. As diferentes seguradoras contratam operadoras de serviços em todo o mundo para viabilizar as coberturas dos seguros-viagem. Essas operadoras trabalham para atender as diferentes necessidades de cada turista e, não raro, possuem operadores que dialogam no idioma de origem do turista para facilitar a comunicação. Essa facilidade de comunicação no idioma de origem ou pelo menos de um idioma semelhante, ocorre a partir do fornecimento dos números de telefone para o qual o turista deve ligar quando ocorrer uma das hipóteses previstas no contrato de seguro.

O acesso dos turistas a hospitais e médicos no exterior não é ilimitado, razão pela qual é recomendável que antes de utilizar qualquer

serviço médico ou hospitalar o turista entre em contato com o número indicado no cartão do seguro-viagem para saber como deve proceder.

Os seguros de viagem quase sempre *não cobrem* serviços solicitados diretamente pelo segurado sem autorização da seguradora, a não ser em casos de gravidade que precisam ser comprovados; doenças preexistentes, congênitas ou crônicas; despesas com próteses e tratamentos dentários e fisioterápicos que não sejam prescritos pelos profissionais da área médica, devido a lesões provocadas por um acidente durante a viagem; indenização por morte ou invalidez e extravio de bagagem proveniente de acidente aéreo, rodoviário e marítimo; despesas extras de hospital, não incluídas no custo da diária; danos totais ou parciais, violação e extravio de objetos contidos na bagagem, mesmo durante o transporte em companhia aérea, rodoviária ou marítima; bens de uso pessoal ou valor estimativo, joias, dinheiro, cartões de crédito, cheques de viagem, obras de arte, relíquias de família e documentos; segurado com plano empresarial, em viagem de lazer; segurado com plano individual de turismo, em viagem de trabalho; tratamento de doenças epidêmicas, pandêmicas ou endêmicas; despesas médicas e hospitalares decorrentes de atendimento ao

segurado que sofreu acidente por realizar atividades de alto risco, sem habilitação para tanto; cirurgias plásticas estéticas; despesas com farmácia, sem que os medicamentos tenham sido prescritos por médico, devido a um acidente; tratamentos médico-hospitalares, odontológicos, fisioterápicos de rotina; desobediência do segurado às instruções orientadas pela Central de Atendimento da seguradora; continuidade de tratamentos médicos e odontológicos terminada a viagem; e tratamentos psiquiátricos.

Todas essas hipóteses estão relacionadas a fatos que fogem à principal intenção do seguro que é proteger consequências de acidentes durante o período de viagem (caso de tratamentos médico-hospitalares de rotina, ou cirurgias plásticas estéticas, entre outros), ou situações que tornam os riscos muito agravados e, portanto, colocam em risco a mutualidade (pandemias, por exemplo). Nem sempre as exclusões são explicadas de forma satisfatória para os

consumidores turistas que, não raro, reclamam de não terem tido suas expectativas atendidas nessa modalidade de seguro. O problema mais corriqueiro é o consumidor turista ligar para o número de acesso disponibilizado no cartão do seguro-viagem após buscar atendimento em hospital e ser informado que não será reembolsado, porque o hospital escolhido não é um dos referenciados para aquele seguro.

Como os seguros de viagem quase sempre são contratados pelo agente de viagens ou por meio eletrônico, fica ausente o esclarecimento mais substancial, consistente, que permita ao consumidor turista utilizar adequadamente o serviço contratado. Nesse sentido, o Prof. Dr. Bruno Miragem elucida “O conteúdo do direito à informação do consumidor não é determinado *a priori*. Necessário que se verifique nos contratos e relações jurídicas de consumo respectivas, quais as informações substanciais cuja efetiva transmissão ao consumidor constitui dever intransferível do fornecedor. Isto porque, não basta para atendimento do dever de informar pelo fornecedor que as informações consideradas relevantes sobre o produto ou o serviço, sejam transmitidas ao consumidor. É necessário que essa informação seja transmitida de modo adequado, eficiente, ou seja, de modo que seja percebida ou pelo menos perceptível ao consumidor. A eficácia do direito à informação do consumidor não se satisfaz com o cumprimento formal do dever de indicar dados e demais elementos informativos, sem cuidado ou a preocupação de que estejam devidamente entendidos pelos destinatários destas informações. (MIRAGEM, Bruno. *Direito do Consumidor*. São Paulo: Ed. RT, 2008, p. 122).”

É preciso que a informação seja objetiva, clara, precisa e, principalmente, que o consumidor compreenda efetivamente o que está sendo informado. Nesse aspecto, os contratos de adesão em geral e os de seguro em específico, ainda precisam ser aprimorados de forma a facilitar que o consumidor compreenda com maior facilidade, sobretudo quando existem exclusões de cobertura como acontece nos contratos de seguro.

4. SEGUROS DE RESPONSABILIDADE CIVIL

A proteção do turista internacional que viajar ao Brasil ocorrerá, também, por meio dos seguros de responsabilidade civil contratados pelos

estabelecimentos que vão receber esses turistas. Hotéis, restaurantes, espaços de lazer, estádios, centros de compra, parques temáticos, casas de entretenimento, entre outros locais frequentados por turistas têm à disposição uma gama de coberturas de responsabilidade civil que poderão ser contratadas com o objetivo de indenizar os danos materiais, corporais e morais que os turistas possam sofrer durante sua estada no país.

Responsabilidade civil é o termo utilizado no Brasil para a responsabilidade decorrente de atos culposos ou dolosos praticados por pessoas físicas ou jurídicas, que causem danos de qualquer natureza (patrimonial ou extrapatrimonial) a terceiros, sejam estas pessoas físicas ou jurídicas.

Existem estudos acadêmicos de grande qualidade que apontam para o fim da responsabilidade civil em uma sociedade de riscos e hipercomplexas, como os estudos de Giselda Hironaka, Teresa Ancona-Lopes e Marcos Catalan. Os estudos indicam que a responsabilidade civil dará lugar ao direito de danos que se caracteriza por forte preocupação com a vítima e não com a autoria do dano. Também é chamado de direito da vítima.

Essa mudança está em curso no Brasil, mas ainda prepondera a teoria da responsabilidade civil, adotada pelo Código Civil (LGL\2002\400) brasileiro de 2002.

Na responsabilidade civil os atos dolosos ou culposos (decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência) que causem danos a outros deverão ser indenizados por seus causadores. No Brasil, a lei define as hipóteses em que a responsabilidade será objetiva (independente da prova de culpa) ou subjetiva (com necessidade de prova de culpa em sentido abrangente que inclui o dolo).

Seja a responsabilidade objetiva ou subjetiva a prova do dano é essencial. Os danos patrimoniais são mais fáceis de serem comprovados como acontece com o dano emergente, lucro cessante e o dano estético. O dano extrapatrimonial como o dano moral não tem valores indenitários fixados por lei, são definidos pelo magistrado em cada caso em conformidade com a extensão que as vítimas puderem comprovar que eles

alcançaram. A fixação dos valores indenitários para danos extrapatrimoniais tem sido construída pelo trabalho dos Tribunais brasileiros, que se atem às peculiaridades de cada caso concreto para definir valores de indenização.

Os seguros de responsabilidade civil embora sejam de contratação facultativa estão se tornando mais comuns no Brasil e, praticamente todos os estabelecimentos empresariais de maior porte são contratantes de um seguro dessa modalidade para proteger os consumidores que frequentam esses locais. Os centros de compra, supermercados, teatros, cinemas, restaurantes, hotéis entre outros locais frequentados por turistas possuem essa modalidade de seguro que oferece cobertura para danos decorrentes da atividade fim desenvolvida pelo segurado.

Assim, o turista que sofrer um acidente na escada de um hotel ou no elevador de um centro de compras, ou ainda, uma queda em um restaurante, terá seus danos patrimoniais e extrapatrimoniais custeados pelo estabelecimento empresarial que por sua vez será reembolsado pela seguradora contratada.

O pagamento pode ser feito também diretamente para o terceiro vítima do dano, de modo que ao segurado não tenha que desembolsar nenhum valor antecipadamente. Segurado e segurador devem estabelecer a melhor forma a ser adotada no caso concreto, tanto para que os valores indenitários sejam devidamente comprovados, como para evitar que os segurados tenham prejuízo com o desembolso prévio.

Existem inúmeras coberturas nos seguros de responsabilidade civil e a contratação delas se dará em razão das especificidades da atividade empresarial desenvolvida pelo segurado. O conhecimento profundo da atividade fim da empresa permitirá ao segurado contratar as coberturas que melhor se adequam às suas necessidades, sem que seja preciso despendar com valores desnecessários.

O valor das coberturas também depende da vontade do segurado e deverá ser pensado a partir da experiência do negócio empresarial desenvolvido, ou seja, da correta identificação das atividades que poderão produzir maiores

riscos para os consumidores. Para o setor de restaurantes, bares, hotéis existe a possibilidade de contratação de seguro de responsabilidade civil com cobertura inclusive para bebidas e alimentos. Se esses produtos causarem danos aos consumidores poderá ser utilizada a cobertura para pagamento dos valores indenitários.

Os condomínios de apartamentos também poderão contratar seguros de responsabilidade civil para proteger seus frequentadores de danos patrimoniais e/ou extrapatrimoniais ocorridos durante a estadia nestes locais. Essa cobertura é uma proteção benéfica para os turistas que locarem unidades em condomínios residenciais para se hospedar durante o período de estadia no Brasil.

A indenização dos danos sofridos pelo turista será feita mediante a apresentação de documentos que comprovem a existência e a extensão desses danos. O turista deverá estar atento para solicitar a comprovação de todos os custos que tiver que suportar em razão da ocorrência de um acidente.

Embora os seguros de responsabilidade civil no Brasil sejam facultativos já existem sinais de maior preocupação dos empresários com a proteção ao consumidor. Os empresários brasileiros têm contratado seguros de responsabilidade civil adequados às especificidades de seus negócios com o objetivo de responderem de forma eficiente aos imprevistos que podem ocorrer, embora ainda existam setores que precisam incluir a contratação de seguros de responsabilidade civil em seu planejamento empresarial.

Recentemente a Superintendência de Seguros Privados - Susep promoveu alterações na regulamentação dos seguros de responsabilidade civil. Essas alterações tem por objetivo, fundamentalmente, facilitar a contratação dessa modalidade de seguros para as empresas de pequeno e médio porte na medida que permite a elas compor o elenco de coberturas de forma mais flexível. A expectativa do setor de seguros é que essas mudanças aliada à convicção de que os danos causados a terceiros têm sido objeto de punição pelo poder judiciário, incentivem as empresas brasileiras a contratar seguros de

responsabilidade civil que poderão oferecer maior segurança aos turistas de todo mundo quando estiverem em viagem pelo Brasil.

5. SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES - DPVAT

O turista estrangeiro que estiver no Brasil para participar dos próximos eventos esportivos estará amparado por um seguro obrigatório que dá cobertura para danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres.

Assim, em caso de atropelamento ou de acidente entre veículos em que seja vítima um turista estrangeiro se ocorrerem danos pessoais ele terá direito a indenização decorrente do seguro obrigatório conhecido no Brasil como DPVAT.

O seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974 e tem cunho social. Não há discussão sobre a responsabilidade do causador do acidente, ou seja, em qualquer hipótese de acidente se ocorrer um dano pessoal a vítima terá direito à cobertura.

Estão cobertos pelo seguro DPVAT todos os cidadãos em qualquer lugar do território brasileiro, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres.

Essa modalidade de seguro oferece cobertura para os casos de morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médico-hospitalares sempre que devidamente comprovadas.

O caráter social do DPVAT também fica evidenciado em razão da destinação dos valores arrecadados. Do total de prêmios arrecadados 45% são destinados ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, para custeio da assistência médico-hospitalar dos segurados vitimados em acidentes de trânsito e 5% ao Departamento Nacional de Trânsito - Denatran, para aplicação em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito.

Outras características desse seguro também evidenciam seu cunho eminentemente social, tais como: as indenizações do DPVAT são pagas em até 30 dias, após a entrega completa da documentação. Além disso, se o pagamento do seguro DPVAT não estiver em dia, o veículo não

será considerado devidamente licenciado e o proprietário deixa de ter direito à cobertura. Mas, as vítimas estarão cobertas. Também é preciso destacar que se um pedestre for atropelado por um veículo não identificado terá cobertura, pois o direito ao seguro DPVAT independe da identificação do veículo.

O DPVAT cobre toda a população, ou seja, todos aqueles que estiverem circulando em território nacional.

Os valores indenizados pelo seguro DPVAT impressionam. Em 2012 foram pagos R\$ 769.561,00 milhões de reais para indenizações por morte e R\$ 1.492.202.917 em bilhões de reais para indenizações por invalidez por acidente.² Os valores indenitários não são expressivos. Para morte da vítima de acidente de trânsito os familiares ou herdeiros legais receberão o valor total de R\$ 13.500,00; para invalidez permanente o próprio acidentado receberá R\$ 13.500,00 e para despesas médico-hospitalares o próprio acidentado receberá R\$ 2.700,00.

Embora os valores sejam modestos para situações tão graves como morte ou invalidez permanente, é preciso considerar que muitas vezes esses são os únicos recursos que as famílias e o acidentado recebem, porque o causador do dano não tem outra fonte de recursos para indenizar os danos causados.

6. CONCLUSÃO

Os contratos de seguro cumprem em todo o mundo um importante papel de planejamento contra os resultados de riscos, ao mesmo tempo em que comprovam que a inteligência humana é capaz de equacionar adequadamente as perdas decorrentes desses riscos por meio do mutualismo, da divisão dos prejuízos mediante a paga de um valor muito menor que aquele necessário para recompor dos danos.

A difusão dos seguros é uma necessidade para o país que ainda contrata pouco seja porque desconhece as vantagens de planejamento de atividades empresariais por meio de seguros, seja porque os valores de custo são altos, seja enfim, porque ainda não se construiu uma relação mais transparente e de confiança entre fornecedores e consumidores. Na área dos seguros de responsabilidade civil a proximidade

com eventos de grande porte como a Copa do Mundo e as Olimpíadas tem motivado o debate em torno da necessidade de proteção ao turista, seja por parte do Poder Público seja pela iniciativa privada. O país tem mecanismos na área de seguros privados para proteger adequadamente os turistas estrangeiros que circularem pelo território brasileiro durante o período de grandes eventos e fora desse período. Além disso, o país conta com um competente sistema de proteção ao consumidor construído ao longo dos últimos mais de vinte anos e cuja experiência acumulada em âmbito administrativo e judicial, permite concluir que está amadurecido para dar conta das necessidades dos turistas de todo o mundo que estiverem em visita ao Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CATALAN, Marcos. *A morte da culpa na responsabilidade contratual*. São Paulo: Ed. RT, 2013.
- HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes; SIMÃO, José Fernando (orgs.). *Ensaio sobre a responsabilidade civil na pós-modernidade*. Porto Alegre: Magister, 2009. vol. 1.
- LOPEZ, Teresa Ancona. *Princípio da precaução e evolução da responsabilidade civil*. São Paulo: Quartier Latin, 2010.
- _____; LEMOS, Patricia Iglecias; RODRIGUES JR., Otavio Luiz (orgs.). *Sociedade de risco e direito privado: desafios normativos, consumeristas e ambientais*. São Paulo: Atlas, 2013. vol. 1.
- MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40). O novo regime das relações contratuais*. São Paulo: Ed. RT, 2011.
- MIRAGEM, Bruno. *Direito do consumidor*. São Paulo: Ed. RT, 2008.

¹ Versão em português da conferência realizada no Workshop Brasilcon “La protección internacional de los consumidores y turistas”, nas Jornadas ASADIP, em Lima, Peru, novembro de 2012, publicada no livro SIERRALTA, Anibal; MARQUES, Claudia Lima; MORENO RODRÍGUEZ, José. *Derecho Internacional, Mundialización y gobernanza*. Cedep/Asadip: Asunción, 2012. p. 333-342. A forma oral da conferência foi mantida.

² Disponível em: [www.seguradoralider.com.br/default.asp]. Acesso em: 13.10.2012.

Rio de Janeiro

Edifício ALTAVISTA,
Rua Desembargador Viriato, nº 16 - Centro
CEP 20030-090
Telefone: (21) 3824-7800
Fax: (21) 2240-6907

São Paulo

Edifício Olivetti,
Av. Paulista, 453, 8º e 9º andares, Centro
CEP: 01311-907
Telefone: (11) 3371-7600
Fax: (11) 3284-0116

Vitória

Edifício Palácio do Café,
Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 675,
Enseada do Suá, Salas 1.110/17 - 11º andar
CEP: 29050-912
Telefone: (27) 3357-3500
Fax: (27) 3357-3510

corporativo@pellon-associados.com.br
www.pellon-associados.com.br

INFORME JURÍDICO

Pellon
& Associados
A D V O C A C I A