



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO DE RECURSOS DO SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS
PRIVADOS, DE PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA E DE CAPITALIZAÇÃO –
CRSNSP

225ª Sessão

Recurso nº 6371

Processo SUSEP nº 15414.100575/2009-83

RECORRENTE: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS S/A

RECORRIDA: SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP

EMENTA: RECURSO ADMINISTRATIVO. Denúncia.
Item 1 – Descumprimento contratual por negativa de cobertura; e
Item 2 – Não atendimento a solicitação da Susep. Recurso
conhecido e provido parcialmente.

PENALIDADE ORIGINAL: Item 1 - multa no valor de R\$
19.000,00; e Item 2 – multa no valor R\$ 13.000,00.

BASE NORMATIVA: Item 1 - Art. 757 do Código Civil c/c
artigo 88 do Decreto-Lei nº 73/66 c/c artigo 11 da Circular
SUSEP nº 302/05. Item 2 – Artigo 88 do Decreto-Lei nº 73/66.

ACÓRDÃO/CRSNSP Nº 5681/16. Vistos, relatados e discutidos
os presentes autos, decidem os membros do Conselho de Recursos do Sistema Nacional
de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização, por
unanimidade, nos termos do voto da Relatora: (i) dar provimento parcial ao recurso
quanto ao item 1, apenas para excluir a agravante aplicada com base no art. 52, inciso V
da Resolução CNSP nº 60/2001; (ii) negar provimento ao recurso quanto ao item 2.
Presentes a advogada, Dra. Thais Limani, que sustentou oralmente em favor da
recorrente, intervindo nos termos do Regimento Interno deste Conselho o Senhor
representante da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, Dr. José Eduardo de Araújo
Duarte.

Participaram do julgamento os Conselheiros Ana Maria Melo
Netto Oliveira, Washington Luis Bezerra da Silva, Thompson da Gama Moret Santos,
Paulo Antonio Costa de Almeida Penido, Valéria Camacho Martins Schmitke e Dorival
Alves de Sousa. Presentes o Senhor Representante da Procuradoria-Geral da Fazenda
Nacional, Dr. José Eduardo de Araújo Duarte, e a Secretária-Executiva, Senhora Cecília
Vescovi de Aragão Brandão.

Sala das Sessões (RJ), 17 de março de 2016.


ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA
Presidente e Relatora



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO DE RECURSOS DO SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, DE
PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA E DE CAPITALIZAÇÃO

RECURSO CRSNSP Nº 6371
PROCESSO SUSEP Nº 15414.100575/2009-83
RECORRENTE: AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS
RELATORA: ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

EMENTA

Denúncia. Item 1: Descumprimento contratual por negativa de cobertura. Item 2: Não atendimento a solicitação da SUSEP. Provimento parcial ao recurso.

VOTO

O recurso é tempestivo e atende aos requisitos de admissibilidade, pelo que dele conheço.

Julgado subsistente o item 1 da Denúncia, foi a recorrente condenada por descumprimento contratual, por ter recusado pagamento de indenização por invalidez parcial por acidente alegando ausência de cobertura.

Em seu recurso, a recorrente reconhece a existência de cobertura, alegando a impossibilidade de regulação do sinistro em virtude de não ter o segurado apresentado-se para a realização de perícia médica.

Como revelam os autos, o aviso de sinistro foi apresentado em 05.05.2009. Em 18.05.2009, a Ouvidoria da Seguradora informou ao segurado a inexistência de cobertura para invalidez parcial (fl. 10), e reiterou a negativa de cobertura em nova missiva datada de 05.06.2009 (fl. 31).

À SUSEP, em manifestação de fl. 39, a Seguradora reafirmou os fundamentos da recusa, consignando a inexistência de cobertura de IPA parcial.

Apenas em 28.04.2011 (fl. 68) a Seguradora apresentou à SUSEP novos argumentos para a recusa, desta feita justificando a paralisação da regulação do sinistro em virtude da necessidade de realização de junta médica, que teria sido comunicada ao segurado em correspondência datada de 07.05.2010 e não respondida até aquela data.

Entendo que, quer sob o prisma da negativa de cobertura, quer sob o da necessidade de realização de junta médica, a infração pelo descumprimento contratual está devidamente materializada.

Inicialmente, como já tive oportunidade de afirmar no julgamento do Recurso nº 5829, na 206ª Sessão, o motivo da recusa informado pela Seguradora ao Segurado produz efeitos no mundo jurídico que não podem ser desconsiderados. Em maio e junho de 2009, por meio das correspondências de fls. 10 e 31, a seguradora comunicou ao segurado a ausência de cobertura para invalidez parcial por acidente – rechaçada pela Autarquia durante a instrução processual em vista das apólices apresentadas pela própria recorrente. A necessidade de realização de junta médica não foi alegada naquela oportunidade, tendo sido aventada apenas em maio de 2010, quando já decorrido mais de um ano desde o aviso de sinistro.

A recusa do pagamento de indenização sob o fundamento de ausência de cobertura já seria suficiente para caracterizar a infração pelo descumprimento contratual em maio de 2009, pois, a toda evidência, como comprovam as apólices e renovações juntadas aos autos, havia cobertura para a invalidez parcial por acidente.

Ao mudar os fundamentos da recusa, melhor sorte não assiste à recorrente. Admitindo-se, *ad argumentandum*, que seria possível vislumbrar divergência médica entre o laudo médico de fl. 08, datado de 29.04.2009, que atesta a invalidez parcial permanente, e o laudo do IML, transcrito às fls. 69/70, que indica a possibilidade de “satisfatória recuperação” tendo em vista tratar-se de acidente recente, deveria a Seguradora ter promovido a junta médica dentro do prazo de 15 dias, contados da contestação.

A contestação do Segurado, por sua vez, é evidenciada não só pelo fato de ter-se dirigido à Autarquia, como bem ressaltou o parecer técnico de fls. 121/126, transcrito no relatório, como pela existência de uma “2ª resposta” enviada pela Ouvidoria ao Segurado, à fl. 31 dos autos, a indicar a existência de contestação do segurado após o recebimento da “1ª resposta”.

Assim, o prazo para a propositura da junta médica teria disparado ainda em 2009, só tendo a seguradora se manifestado a respeito, contudo, em maio de 2010.

Dessa forma, qualquer que seja fundamento considerado para a recusa – negativa de cobertura ou necessidade de junta médica – demonstrada está a conduta da seguradora ao arrepio das disposições contratuais, configurando-se a materialidade da conduta.

189
P

Ainda quanto ao item 1 da denúncia, entendo, nos termos do parecer da CGJUL de fls. 134/135, não ser hipótese de cabimento da atenuante prevista no art. 53, inc. I, da Resolução CNSP nº 60/2001. Tal dispositivo prevê a aplicação de atenuante quando tiver o infrator “*utilizado comprovadamente, na tentativa de resolução do conflito de interesses, ouvidoria ou sistema semelhante de atendimento ao consumidor devidamente aprovado pela SUSEP*”. Nesse caso, como explicita o citado parecer, a Ouvidoria apenas informou ao segurado que não havia cobertura para o sinistro (fls. 10 e 31), não tendo atuado no sentido de resolver primariamente o conflito instalado entre o consumidor e a Seguradora.

Por outro lado, coaduno com o Parecer técnico de fls. 121/126 quanto à não configuração de hipótese de aplicação da agravante prevista no art. 52, inc. V, da Resolução CNSP nº 60/2001, por dissimulação da natureza ilícita da infração.

A dissimulação, a meu ver, exige a comprovação de um elemento de ardil, de manipulação da verdade, que não verifico nos autos. Ao contrário, desde a primeira manifestação nesses autos, a Seguradora forneceu os subsídios para a caracterização da ilicitude de sua conduta, ao apresentar as apólices, que indicavam a impropriedade do fundamento utilizado para a recusa.

Ante o exposto, **quanto ao item 1 da Denúncia, dou provimento parcial ao recurso**, apenas para excluir a agravante aplicada com base no art. 52, V, da Resolução CNSP nº 60/2001.

Quanto ao item 2 da Denúncia, reputo necessário registrar que, a meu entender, o juízo sobre *quais* os documentos necessários para a análise das denúncias que lhe são submetidas compete à SUSEP, e não ao CRSNSP. No presente caso, vê-se que o prazo para apresentação dos documentos foi razoável – de 15 dias –, que os documentos solicitados, mais especificamente o contrato com o estipulante e o cartão-proposta assinado pelo segurado, eram de manutenção obrigatória pela Seguradora, e que tais não foram em tempo algum apresentados.

Assim, entendo caracterizada a infração, pelo que **nego provimento ao recurso quanto ao item 2 da Denúncia**.

É como voto.

Em 17 de março de 2016.

Ana Maria Melo Netto Oliveira
ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA
Conselheira Relatora
Representante do Ministério da Fazenda

SE/CRSNSP/MF
RECEBIDO EM 17 / 03 / 2016
[Assinatura]
Rubrica e Carimbo



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO DE RECURSOS DO SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, DE
PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA E DE CAPITALIZAÇÃO

RECURSO CRSNSP Nº 6731 = 6371
PROCESSO SUSEP Nº 15414.100575/2009-83
RECORRENTE: AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS
RELATORA: ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

RELATÓRIO

Trata-se recurso contra decisões da SUSEP datadas de 01.10.2012 (fls. 138/139), que julgaram subsistentes os dois itens da denúncia apresentada por Lucio Pereira do Nascimento contra AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS, a saber:

➤ Item 01: descumprimento contratual consubstanciado na negativa de cobertura ao segurado por meio da carta de 18/05/09 (fl. 10), sob a alegação de inexistência de cobertura para invalidez parcial, desconstituída pelo teor da apólice apresentada pela própria denunciada à fl. 41 registra importância segurada de R\$ 50.000,00 para invalidez permanente total/parcial por acidente. A Autarquia considerou haver infração ao art. 757 do Código Civil c.c art. 88 do Decreto-Lei 73/66, c.c. art. 11 da Circular SUSEP nº 302/2005, aplicando à denunciada penalidade de multa no valor de R\$ 19.000,00, prevista no art. 5º, inc. IV, alínea “g” da Resolução CNSP nº 60/2001, majorada em virtude de reincidência e agravada nos termos do art. 52, inc. V, do mesmo diploma legal.

➤ Item 2: não atender integralmente a solicitação da SUSEP enviada por meio da Carta SUSEP/DIFIS/CGFIS/COPAT/DIANA nº 73/11, recebida em 18.04.2001, com infringência ao art. 88 do Decreto-Lei nº 73/66, tendo-lhe sido aplicada penalidade de multa no valor de R\$ 13.000,00, nos termos do art. 5º, inc. III, alínea “j” da Resolução CNSP nº 60/2001.

O denunciante, beneficiário de seguro de vida em grupo, estipulado pela Coordenadora da Guarda Civil Metropolitana de São Paulo, sofreu acidente de trânsito em 23.07.2008, que lhe causou *perda parcial definitiva* de movimento do membro superior esquerdo, conforme laudo médico de fl. 08, datado de 29.04.2009. O aviso de sinistro foi feito em 05.05.2009, como se observa do protocolo de recebimento pela Seguradora aposto no rodapé das fls. 11/15. A resposta ao Segurado enviada pela Ouvidoria da Seguradora em 18.05.2009 (fl. 10), e reiterada em 05.06.2009 (fl. 31), informa que a cobertura de acidentes pessoais é restrita à invalidez total, não havendo cobertura para invalidez parcial.

Instaurado o Procedimento de Atendimento ao Consumidor, a Seguradora manifestou-se por meio da petição de fl. 39, juntando a documentação de fls. 40/55, da qual se destaca Apólice de Seguro (fl. 41) com garantia para invalidez total/parcial por acidente, com validade de 01/09/2004 a 31/08/2005.

Constatando que a apólice apresentada não abrangia a data do sinistro, a SUSEP solicitou à Seguradora o envio de informações adicionais, no prazo de 15 dias, por meio da Carta SUSEP/DIFIS/CGFIS/COPAT/DIANA nº 73/11 (fls. 65/66), em que se requeria, expressamente, dentre outros documentos (a) cartão proposta assinado pelo segurado; (b) contrato firmado com o estipulante; (c) demonstrativo dos prêmios pagos pelo segurado, discriminados por cobertura de risco e (d) aviso de sinistro e demais documentos de regulação, que não foram apresentados pela companhia.

Em resposta (fl. 68), a Seguradora informa à SUSEP que solicitou ao procurador do reclamante o contato do segurado para a realização de junta médica, *“haja vista que as lesões informadas não se apresentavam definitivas, tendo tanto o segurado quando seu procurador quedado-se inerte”*. Anexa a correspondência datada de 7 de maio de 2010 (sem comprovação de entrega), que teria sido enviada ao segurado informando a necessidade de realização da junta médica (fls. 69/70). Anexa também os documentos que atestam a renovação da apólice, demonstrando sua vigência até 31/08/2008 (fls. 73/75).

Em sede de defesa, a companhia reconhece *“ser inequívoco e a American Life assim o reconhece que a cobertura do Segurado abrange tanto Invalidez Parcial por Acidente quanto Invalidez Total por Acidente”*. Alega a impossibilidade de concluir a regulação do sinistro pela inércia do denunciante em submeter-se à junta médica para avaliar o grau da lesão sofrida. Quanto ao item 2 da Denúncia, anexa planilha complementar referente ao demonstrativo de prêmios pagos, informa que não possui outros documentos sobre o aviso de sinistro além daqueles já juntados, e afirma que não há assinatura de cartão-proposta na modalidade coletiva.

O parecer técnico de fls. 121/126 propugna pela subsistência do item 1 da Denúncia e pela insubsistência do item 2, consignando:

“O argumento de que estaria impossibilitada de concluir a regulação do sinistro pela inércia do denunciante em submeter-se à junta médica, s.m.j., não deve ser aceito. Senão vejamos: o aviso de sinistro foi dado em 05.05.09 (fl. 02 e 69), contendo documentação que, supostamente, teria gerado dívida quanto à extensão da lesão. Consoante o normativo em vigor, a sociedade deveria ter proposto ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Em que pese não constar dos autos prova de que o segurado tenha protocolado contestação junto à seguradora, pode-se entender que a comunicação expedida pela SUSEP a sua Ouvidoria (fl. 17, recebida em 04.06.09) supre tal ausência,

126
48

demonstrando a insatisfação do segurado quanto à decisão de recusa. Assim sendo, deveria a sociedade ter proposto a constituição de junta médica no prazo de 15 (quinze) dias a contar de 04.06.09. Contudo, somente o fez em 07.05.2010 (fl. 69) e, ainda, sem comprovação do recebimento. Não se pode aceitar, portanto, a alegação de inércia do segurado.”

Acrescenta o parecer tratar-se de hipótese de cabimento da atenuante prevista no inciso I do art. 53 da Resolução nº 60/2001, tendo em vista a participação da Ouvidoria da Seguradora, e de não cabimento da agravante prevista no art. 52, inc. V, da mesma Resolução, indicada na intimação de fl. 101. Especificamente quanto ao segundo item da Denúncia, anotou o parecer:

“15.1. Quanto ao demonstrativo dos prêmios pagos pelo segurado, é de se notar que o seguro é do tipo não contributivo (item 09, fl. 77), o que equivale dizer que o segurado não arca com o pagamento do prêmio.

15.2. Quanto ao aviso de sinistro, entendemos que o documento de fl. 11/15, acompanhado dos anexos relacionados em fl. 15 é suficiente ao atendimento do requisitado.

15.3. Por fim, quando ao cartão-proposta, não cabe o argumento defensivo de que não há assinatura por tratar-se de plano coletivo, à luz do que determina a Circ. SUSEP nº 302/2005. Já quando ao contrato firmado com o estipulante, de fato não logramos encontrá-lo nos autos, o que configuraria, em tese, a infração imputada.

(...) a Administração deve evitar a formulação de exigências além daquelas estritamente necessárias aos objetivos da instrução processual. Neste caso concreto, entendemos que os elementos já disponíveis nos autos bastariam à configuração da falta imputada – descumprimento contratual de modo que a requisição do cartão-proposta e do contrato firmado com o estipulante nos parece, s.m.j., excessiva e, portanto, incompatível com a proporcionalidade que deve nortear o processo administrativo sancionador.”

O opinamento jurídico da Procuradoria da Autarquia, exarado por meio do parecer de fls. 127/130 e pelo Despacho de fl. 132, é no sentido da subsistência do item 2 da Denúncia e da desnecessidade de instauração de processo autônomo para esse item, eis que constou da intimação inicial do presente processo.

Em manifestação de fls. 134/135, a CGJUL revela discordância em relação ao parecer técnico quanto à aplicação de atenuantes e agravantes quanto ao item 1 da Denúncia. Quanto à primeira, afirma que a Ouvidoria apenas informou ao segurado que não havia cobertura para o sinistro (fls. 10 e 31), não tendo atuado no sentido de resolver primariamente o conflito instalado entre o consumidor e a sociedade. Quanto à segunda, entende cabível a agravante, considerando que não seria de bom senso crer que a

seguradora desconhecesse a cobertura contratada, pelo que entende caracterizada a tentativa de *dissimular a natureza ilícita da infração*. Quanto ao item 2 da Denúncia, concorda com o parecer jurídico, pois cabe à CPAT/SUSEP relacionar os documentos necessários para a instrução do processo e, à Seguradora, atender sua solicitação, visto que tratam-se de documentos em seu poder.

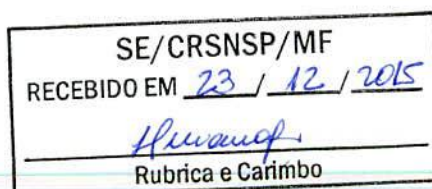
Intimada das decisões condenatórias em 08.10.2012 (fls. 144/145), a companhia recorreu ao tempestivamente ao CRSNSP em 07.11.2012. Em razões de fls. 153/159, reitera a necessidade de retificação do motivo da recusa, reconhecendo a existência de cobertura para invalidez parcial, informada em manifestações anteriores (fl. 68 e 105/108). Repete o argumento de que a regulação do sinistro foi impedida por impossibilidade de realização da junta médica, necessária à luz do laudo do perito do IML, que afirmava tratar-se de incapacidade por 30 dias, podendo haver agravamento. Requer, quanto ao item 1 da denúncia, aplicação da atenuante e exclusão da agravante. Quanto ao item 2 da Denúncia, repete os argumentos de que o caso é de seguro coletivo que não prevê assinatura de cartão-proposta, que não possuía outros documentos sobre a regulação do sinistro, e que apresentou planilha complementar de prêmios pagos às fls. 116/199.

A representação da PGFN junto ao CRSNSP, chamada a opinar sobre o feito nos termos regimentais, opinou pelo conhecimento do recurso e, no mérito, pelo seu desprovento.

É o relatório.

Brasília, 16 de dezembro de 2015.


ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA
Conselheira Relatora
Representante do Ministério da Fazenda



Luciana Pinho Fernandes
Mat. SIAPE 2194349