



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



236ª Sessão

Recurso nº 7072

Processo Susep nº 15414.002893/2011-02

RECORRENTE: CAIXA SEGURADORA S/A

RECORRIDA: SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP

EMENTA: RECURSO ADMINISTRATIVO. Denúncia. Descumprimento contratual. Cobertura por Invalidez Permanente e Total por Doença. Pagamento de indenização a menor. Obrigação recai sobre a apólice vigente na época em que se manifestou a doença que gerou a incapacitação, indicada na declaração médica. Prazo prescricional para segurado pleitear a indenização inicia-se na data da primeira declaração médica que atesta a caracterização da invalidez total e permanente. Pagamento complementar da indenização realizada a título de liberalidade, quando já prescrita a pretensão do segurado contra a seguradora. Renúncia à prescrição. Ocorrência após o término do prazo para exercício da pretensão punitiva da Administração. Impossibilidade de restauração da pretensão punitiva. Recurso conhecido e provido.

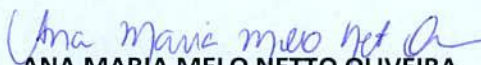
PENALIDADE ORIGINAL: Multa no valor de R\$ 34.000,00

BASE NORMATIVA: Art. 88 do Decreto-Lei nº 73/66 c/c art. 4º da Circular Susep nº 17/92.

ACÓRDÃO/CRSNSP Nº 6092/16. 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, dar provimento ao recurso da Caixa Seguradora S/A. Presente o advogado, Dr. Juraí Alves Monteiro, 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, Paulo Antonio Costa de Almeida Penido, Thompson da Gama Moret Santos, Marco Aurélio Moreira Alves, André Leal Faoro e Dorival Alves de Sousa. Presentes o Senhor Representante da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, Dr. José Eduardo de Araújo Duarte, a Secretária Executiva, Senhora Cecília Vescovi de Aragão Brandão, e a Secretária Executiva Adjunta, Senhora Theresa Christina Cunha Martins.

Sala das Sessões (RJ), 7 de dezembro 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 7072
PROCESSO SUSEP Nº 15414.002893/2011-02
RECORRENTE: CAIXA SEGURADORA
RELATORA: ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

EMENTA

Denúncia. Descumprimento Contratual. Cobertura por Invalidez Permanente e Total por Doença. Pagamento de indenização a menor. Obrigação recai sobre a apólice vigente na época em que se manifestou a doença que gerou a incapacitação, indicada na declaração médica. Prazo prescricional para segurado pleitear a indenização inicia-se na data da primeira declaração médica que atesta a caracterização da invalidez total e permanente. Pagamento complementar da indenização realizada a título de liberalidade, quando já prescrita a pretensão do segurado contra a seguradora. Renúncia à prescrição. Ocorrência após o término do prazo para exercício da pretensão punitiva da Administração. Impossibilidade de restauração da pretensão punitiva. Provimento do recurso.

VOTO

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

Ao examinar um conjunto de recursos que versavam sobre indenização por invalidez permanente e total por doença, por ocasião da 208ª sessão de julgamento, realizada em 12 de dezembro de 2014, o CRSNSP firmou orientação no sentido de que a obrigação de pagar a indenização recai sobre a apólice vigente na época em que se manifestou a doença que gerou a incapacitação, se houver indicação do início da doença na declaração médica. Se não houver indicação da data do início da doença no relatório médico, considera-se a data da declaração médica que atestou a invalidez.

No presente caso, a declaração médica de fls. 177/178, datada de 09/12/2004, atesta a invalidez permanente por cardiopatia, informando que “o segurado passou a



apresentar manifestações clínicas das doenças relacionadas com sua validade” a partir de 02/05/2001, data do implante de marcapasso. A invalidez permanente e total a partir da mencionada data é atestada de modo categórico pelo relatório de perícia médica juntado às fls. 243/246, produto de junta médica realizada no contexto da regulação do sinistro. Dessa forma, constitui fato irrefutável a caracterização do sinistro em 02/05/2001, coberta pela apólice do Plano de Seguro Preferencial Vida, vigente à época, pelo que seria devida, à luz do entendimento deste Conselho, o pagamento da indenização por invalidez permanente e total por doença, pela Caixa Seguradora.

Configurada a materialidade, a questão principal - prejudicial que se confunde com o mérito - passa a ser a ocorrência de prescrição do direito de ação do segurado contra a seguradora, que obstaria a demanda pelo pagamento da indenização, e a ocorrência da prescrição da pretensão punitiva da Administração. Examina-se.

Por ocasião do julgamento do Recurso 6382, na 208ª sessão, consignei, em voto acolhido à unanimidade pelo Colegiado:

“Entendo que o início da contagem da prescrição [da pretensão do segurado], em casos dessa natureza, se dá a partir da primeira declaração médica que atesta a caracterização da invalidez total e permanente, e não do início da doença da qual decorre a incapacitação. Isto porque há de se considerar que, nos tempos atuais, é possível conviver anos com determinadas doenças, com preservação da qualidade de vida, até que surja uma intercorrência, causada por essa mesma moléstia, que resulte na invalidez total e definitiva.

Assim sendo, o direito do segurado à indenização nasce no momento em que é atestada sua incapacidade total e definitiva, e não quando do início da doença ou do primeiro diagnóstico. No presente caso, tendo-se obtido a primeira declaração médica atestando a incapacidade em 12/05/2008 (fl. 6), poderia o segurado pleitear junto à Mitsui o pagamento da indenização até a data de 12/05/2009.”

O sinistro foi avisado em 20/12/2004 (fl. 177/178), tendo a invalidez permanente e total por doença sido categoricamente declarada em 19/07/2005, pelo relatório da junta médica de fls. 243/247. Entendo, à luz do precedente supracitado, que essa seria a data a ser considerada como termo *a quo* para a fluência da prescrição ânua prevista na legislação civil para demandar contra a seguradora, disposto no art. 206, §1º, inc. II, alínea “a” do Código Civil.



Em 15/08/2005, a seguradora providenciou o pagamento de indenização no valor de R\$ 20.000,00, associado à cobertura do seguro preferencial vida (fls. 153/156). Por ocasião do recebimento, em 23/08/2005 (fl. 190), o segurado atestou a quitação, "*sem prejuízo dos valores a serem recebidos por ocasião de eventual aposentadoria*".

Assim, voltando-me exclusivamente à realidade retratada nos autos, observo que não houve, após 23/08/2005, qualquer questionamento do segurado quanto ao valor recebido da seguradora, até que em 03/09/2010 foi feito novo pleito à seguradora de pagamento de indenização por IPD. Ante a negativa, encaminhou insurgência à SUSEP em maio de 2011, quando já decorridos mais de 5 anos desde o pagamento a menor do valor devido por indenização de IPD.

Note-se que o segurado, ao receber em 2005 o valor de R\$ 20.000,00 a título de indenização, reservou-se o direito de pleitear nova indenização a partir da confirmação de sua aposentadoria. Ocorre que, ainda que a matéria seja bastante controversa, é o posicionamento atual da jurisprudência dos Tribunais, e entendimento da própria Autarquia, positivado na Circular SUSEP n. 302/2005, que o reconhecimento por parte do órgão previdenciário oficial de que o segurado tem o direito de se aposentar por incapacidade laboral constitui apenas prova relativa da invalidez. A comprovação da invalidez permanente e total é feita por declaração médica que ateste, e que, nesse caso, datou de 19/07/2005. Assim, entendo que:

➤ A pretensão do segurado de pleitear a indenização por invalidez permanente e total por doença iniciou-se em 19/07/2005, quando já havia processo de regulação de sinistro em curso na companhia;

➤ A pretensão do segurado de demandar contra a seguradora pelo pagamento a menor de indenização originou-se em 23/08/2005, quando houve o recebimento de indenização no valor de R\$ 20.000,00. Inexistindo nos autos qualquer elemento que indique ter o segurado se insurgido contra a seguradora para recebimento do valor integral devido, a prescrição do seu direito de ação, nos termos do Código Civil, prescreveu em agosto de 2006;

➤ A infração administrativa consubstanciada no pagamento de indenização a menor ocorreu em 23/08/2005, quando realizado o pagamento pela seguradora no valor de R\$ 20.000,00. A partir dessa data, teve início o prazo da Administração Pública para a persecução administrativa, findo em agosto de 2010, por tratar-se de prescrição quinquenal, nos termos do art. 1º da Lei nº 9.873/99.

A handwritten mark or signature in blue ink, possibly a stylized 'V' or a checkmark.



Entretanto, a SUSEP considerou como data da infração o dia 05/08/2011, como se extrai do relatório de antecedentes de fl. 294 e do parecer jurídico de fls. 332/333. Isso porque entendeu, com esteio no parecer COATE/DICAL de fls. 249/263, que o pagamento complementar realizado pela seguradora na referida data, no valor de R\$ 53.250,01, foi inferior aos valores apurados pela Autarquia, sendo devido ao segurado o valor de R\$ 35.919,17, atualizado até 01/03/2012 (data do parecer).

Como expus anteriormente, ao tempo do pagamento complementar realizado pela seguradora, já se encontravam prescritas a pretensão do segurado em demandar a seguradora e a pretensão punitiva da Administração para apurar o pagamento a menor da indenização.

Resta, portanto, compreender qual a natureza e os efeitos do pagamento complementar realizado pela seguradora em 2011, considerado pela SUSEP como infração administrativa.

O pagamento de dívida após a incidência da prescrição da pretensão do credor é compreendido pela legislação civil como “renúncia à prescrição”, nos termos do art. 191 do Código Civil que dispõe que “*A renúncia da prescrição pode ser expressa ou tácita, e só valerá, sendo feita, sem prejuízo de terceiro, depois que a prescrição se consumar; tácita é a renúncia quando se presume de fatos do interessado, incompatíveis com a prescrição*”.

Sobre tal instituto, assim se posiciona a Doutrina:

“Tácita, segundo dispõe o art. 191, ‘é a renúncia quando se presume de fatos do interessado, incompatíveis com a prescrição’. Consumada a prescrição, qualquer ato de reconhecimento da dívida por parte do devedor, como pagamento parcial ou a composição visando à solução futura do débito, será interpretado como renúncia.”¹

E ainda:

“A renúncia pode ser expressa ou tácita, presumindo-se, na segunda hipótese, de fatos do interessado incompatíveis com a prescrição. Expressa não significa que seja necessariamente escrita: pode-se expressar verbalmente a renúncia, provada por todos os meios permitidos, da mesma maneira que se deve considerar tácita a renúncia decorrente da prática, pelo interessado, mesmo por escrito, de qualquer ato incompatível com a prescrição. Trata-se de renúncia tácita, por exemplo, a carta do devedor ao credor pedindo prazo para pagar obrigação prescrita. (...)”

¹ Gonçalves, Carlos Roberto: Direito Civil Brasileiro, volume I: parte geral – 10ª Ed. – São Paulo: Saraiva – 2012 – pág. 520.



A renúncia tácita ocorre sempre que o prescribente, sabendo ou não da prescrição, pratica algum ato que importe no reconhecimento o direito, cuja ação está prescrita.”²

Aludindo aos excertos doutrinários acima, entendo que o reconhecimento, pela seguradora, do direito da indenização do segurado, que resultou no pagamento complementar, configura hipótese de renúncia tácita da prescrição. Remanesce, contudo, a necessidade de examinar se a renúncia tácita restitui o direito do segurado ao recebimento integral da indenização, ou se, restritivamente, o devedor renuncia apenas aos valores pagos, não subsistindo qualquer direito do segurado ao pagamento integral. E, mais importante, deve-se examinar se, para além dos efeitos sobre as relações privadas, o pagamento voluntário realizado após a prescrição do direito do segurado restabeleceria também a pretensão da pretensão punitiva da Administração na apuração de eventual pagamento a menor.

Nelson Nery Junior, em seu Código Civil Comentado, faz uma leitura sistemática da norma, conjugando as disposições dos artigos e 114³, advogando pela interpretação restritiva da renúncia.

Tal interpretação reverbera na jurisprudência dos tribunais pátrios, como se extrai do precedente abaixo, *in verbis*:

“PRESCRIÇÃO RENÚNCIA TÁCITA INTEPRETAÇÃO RESTRITIVA VALORES NÃO ACOBERTOS PELA RENÚNCIA PRESCRITOS RECURSO PROVIDO. Havendo pagamento parcial após o prazo prescricional, considera-se que houve renúncia somente em relação a parcela paga, visto ser instituto que se interpreta restritivamente. Prescrita a pretensão no que se refere à diferença não paga, ora cobrada, inaplicável a interrupção que consta do artigo 172, V, do Código Civil.” (TJSP, AI nº 0217707-17.2011.8.26.0000, Rel. Des. Clóvis Castelo, 35ª Câmara de Direito Privado, j. Em 21/11/2011)

Em seu voto, aduz o Relator:

“O agravante alega prescrição, no entanto, mesmo após prescrita a pretensão do autor, pagou-lhe parte do valor devido.

Quando efetuou o aludido pagamento, a seguradora renunciou tacitamente ao prazo legal, nos termos do artigo 191 do Código Civil. Além desse efeito, de

² Venosa, Sílvio de Salvo: Direito civil: parte geral – 5ª Ed. – São Paulo: Atlas – 2005 – pág. 605 e 606.

³ Art. 114. Os negócios jurídicos benéficos e a renúncia interpretam-se estritamente.



renúncia tácita, o pagamento tem o efeito de interromper a prescrição, nos termos do artigo 172, V, do mesmo diploma legal.

No entanto, não se pode dizer que o pagamento interrompeu o prazo prescricional do valor devido como um todo. Primeiramente, porque a renúncia interpreta-se restritivamente, nos termos do artigo 114 da lei civil. Ora, interpretando-se restritivamente, chega-se à conclusão de que a seguradora somente renunciou a prescrição no que se refere aos valores já pagos, e não a totalidade do valor devido."

A remansosa jurisprudência do STJ, no entanto, reconhece a renúncia à prescrição como causa interruptiva que restabelece para o credor sua pretensão de perceber a dívida. Veja-se:

ADMINISTRATIVO. CONTRATO ADMINISTRATIVO. AÇÃO DE COBRANÇA. RECONHECIMENTO DO DÉBITO PELA ADMINISTRAÇÃO APÓS O DECURSO DO PRAZO PRESCRICIONAL. RENÚNCIA TÁCITA. RECOMEÇO DO PRAZO POR INTEIRO.

1. É fato inconteste nos autos que houve o reconhecimento expresso, por meio de certidão emitida pela Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis, emitida em 11 de dezembro de 2006, do débito com a empresa recorrente referente a contrato de prestação de serviço de conserto de máquinas hospitalares, vigente no exercício financeiro de 2000. Ou seja, a certidão que reconheceu a existência de parcelas inadimplidas foi expedida quando o prazo prescricional já havia se consumado integralmente.

2. Assim, houve o reconhecimento administrativo do direito, e essa situação é incompatível com a fluência do prazo prescricional, configurando-se renúncia tácita por parte da Administração, conforme a regra contida no art. 191 do CPC. E é a partir do reconhecimento dessa dívida que se inicia então novo prazo para o recorrente tutelar sua pretensão de perceber a dívida proveniente de contrato inadimplido. (grifei)

(STJ, REsp 1314964 / RJ, Rel. Min. Mauro Campbell Marques, 2ª Turma, j. em 18/09/2012. DJe em 04/10/2012.)

Como se vê, não é pacífica a interpretação sobre os efeitos da renúncia tácita sobre o direito do credor de reaver o valor integral da dívida.

Me parece, no entanto, que os efeitos da renúncia sobre a prescrição se dão apenas sob a esfera do direito privado, soando-me indefensável que o ato voluntário realizado pelo devedor após a incidência da prescrição possa restaurar ou restabelecer a pretensão punitiva da Administração.

Ora, a se considerar que o direito do segurado de demandar a seguradora (i) estava prescrito, e que (ii) não se renovou a partir da concessão de sua aposentadoria, não há que se falar na subsistência de obrigação contratual ao pagamento integral da



indenização ao segurado, pelo que não pode ser a companhia penalizada por descumprimento contratual. Some-se a isso o fato de que já ultrapassado o prazo quinquenal para exercício da pretensão punitiva da Administração para apuração do descumprimento contratual original, ocorrido no ano de 2005, vez que não houve qualquer apuração até o ano de 2011.

Ante o exposto, entendo que assiste razão à seguradora quanto à alegação de que o pagamento por mera liberalidade, realizado após a prescrição do direito de ação do segurado em face da seguradora, não pode servir de suporte para apuração de irregularidade administrativa. Por esta razão, **dou provimento** ao recurso.

É o voto.

Em 7 de dezembro de 2016.

Ana Maria Melo Netto Oliveira
ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

Relatora

Representante do Ministério da Fazenda





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



RECURSO CRSNSP Nº 7072
PROCESSO SUSEP Nº 15414.002893/2011-02
RECORRENTE: CAIXA SEGURADORA
RELATORA: ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

RELATÓRIO

Trata-se de processo administrativo em que se apura a negativa de pagamento de indenização relativa à garantia de invalidez permanente total por doença, de que resultou a condenação de CAIXA SEGURADORA por infração ao artigo 88 do Decreto-lei nº 73/66 e com o artigo 4º da Circular SUSEP n. 17/92, tendo-lhe sido aplicada penalidade de multa no valor de R\$ 34.000,00, prevista na alínea “g” do inciso IV, ao art. 5º da Resolução CNSP nº 60/2001, majorada em virtude de reincidências, conforme decisão de fl. 339, de 16/04/2015.

O denunciante contratou junto à seguradora os seguintes planos:

- 1) Plano de Seguro Preferencial Vida, com cobertura por Invalidez Permanente e Total por Doença (capital segurado de R\$ 90.000,00), cuja apólice teve vigência a partir de 01/07/1999, (fl. 36) e cancelamento em 30/09/2001, por apresentar desequilíbrio atuarial (fl.12);
- 2) Plano de Seguro Caixa Seguro Vida Exclusivo, com cobertura por Doença Grave, também estipulado pela Federação Nacional das Associações do Pessoal da Caixa Econômica Federal, cuja apólice teve vigência a partir de 01/10/2001, (fl. 38).

O segurado foi acometido por cardiopatia grave que ensejou a implantação de marcapasso em 02/05/2001, sobrevivendo o recebimento de auxílio doença pelo INSS-CAIXA e aposentadoria por invalidez permanente, concedida por sentença judicial de 10/06/2009, confirmada por Acórdão do TRF da 4ª Região, de fls. (18/30).

O aviso de sinistro foi realizado em 20/12/2004 (fl. 177/178), dele constando declaração médica datada de 09/12/2004, atestando a invalidez permanente, por cardiopatia diagnosticada em 02/05/2001. De se registrar que tal declaração médica não informou se a invalidez seria total, não havendo resposta ao questionamento “está totalmente inválido”.

A seguradora iniciou a regulação do sinistro e promoveu junta médica, cujo resultado consta dos laudos de perícia médica de fls. 243/246, datados de 06/07/2005 e de



19/07/2005, que atestam, de forma peremptória, a caracterização de invalidez permanente e total por doença, por cardiopatia grave diagnosticada em 02/05/2001¹.

Assim, reconhecendo o direito à cobertura por doença grave, indenizou, em 15/08/2005, o segurado no valor de R\$ 20.000,00. Por ocasião do recebimento desse valor, em 23/08/2005 (fl. 190), o segurado atestou a quitação, "*sem prejuízo dos valores a serem recebidos por ocasião de eventual aposentadoria*".

Conforme se extrai dos documentos de fls. 108/111, em 03/09/2010 o segurado pleiteou novamente à seguradora o pagamento da indenização por Invalidez Permanente e Total por Doença. A companhia informou a impossibilidade do pagamento, tendo em vista que a apólice em vigor a partir de 1º de outubro de 2001 não contemplava a cobertura por IPD.

Diante disso, em 19/05/2011, o denunciante requereu da SUSEP a verificação de seus direitos junto à seguradora com relação à cobertura de invalidez permanente e total por doença.

Instaurado o Procedimento de Atendimento ao Consumidor, a companhia, em manifestação de fl. 153/156, informou que, por um problema operacional, o valor pago em 2005 estava associado à cobertura de IPD do seguro Preferencial Vida, quando na verdade deveria estar associado à cobertura CDG da apólice do seguro Exclusivo. Assim, apurou ser devida ao segurado a indenização complementar no valor de R\$ 53.250,01, creditado na conta de titularidade do segurado em 05/08/2011.

Adicionalmente, em correspondência enviada ao segurado em 17/06/2011 (fls. 157/159), a companhia afirmou a impossibilidade do pagamento da indenização por invalidez permanente e total por doença, tendo em vista (i) a migração do produto Preferencial Vida para o produto Exclusivo e (ii) que, aplicando-se as condições gerais do produto Preferencial Vida, não haveria cobertura, tendo em vista que o sinistro não resultou em invalidez permanente, haja vista que a instalação de marcapasso proporciona equalização das funções do coração com a normalidade.

Irresignado, o segurado argumenta que o pagamento da cobertura CDG não prejudica a indenização por evento diverso, qual seja, a invalidez permanente e total por doença, decretada por decisão judicial que culminou na concessão de aposentadoria por invalidez, à luz da qual deveria ainda a seguradora ter procedido à correção do pagamento da cobertura CDG, a partir do início da vigência do citado benefício (fls. 141/148).

O parecer COATE/DICAL de fls. 250/263, consignou:

- considerando a data do implante de marcapasso – 02/05/2001 – como a data de ocorrência do sinistro, e que o cancelamento da apólice do seguro Preferencial Vida ocorreu apenas em 30/09/2001, é devida a indenização IPD;
- como a cardiopatia grave foi diagnosticada antes da data de contratação do Plano de Seguro Caixa Vida Exclusivo, caracterizar-se-ia como doença preexistente, e, portanto, deveria ser um risco não aceito, sendo indevido

¹ Registre-se, ainda, a declaração médica de fl. 90, resultante de perícia determinada no bojo de Ação Cautelar de Produção de Prova Pericial, datada de 30.07.2003, que atesta a invalidez permanente e total por doença. Não há nos autos elementos que demonstrem que tal declaração foi levada ao conhecimento da seguradora.



qualquer pagamento a título de indenização para cobertura de doença grave referente ao Plano de Seguro Caixa Vida Exclusivo;

- atualizando os pagamentos realizados pela seguradora e considerando o capital segurado de 90 mil, da época da contratação do plano, seria devido o pagamento ao segurado de diferença no valor de R\$ 35.919,17, a título de indenização de IPD.

Em sede de defesa, a seguradora reiterou seus argumentos anteriores, acrescentando que seria o caso de prescrição do direito de ação do segurado, que já teria se corroido ao tempo da denúncia perante a Autarquia, com consequente ocorrência da prescrição da pretensão punitiva da Administração.

O parecer técnico de fls. 327/331 propugna pela procedência da denúncia, sob o fundamento de que o relatório de Perícia Médica de fls. 243/244 constitui documento comprobatório de sinistro de IPD, ocorrido em maio/2001, data de instalação do marcapasso, estando, portanto, abarcado no período de vigência do Seguro Preferencial Vida, pelo que seria devido o pagamento da indenização. O parecer jurídico de fls. 332/333, da mesma forma, opina pela procedência da denúncia, afastando o argumento da prescrição uma vez que *“a ilicitude administrativa tem como termo a quo – a data do pagamento da indenização complementar ocorrida em 5 de agosto de 2011, portanto, ainda premente o direito de punir na esfera administrativa”*.

Intimada da decisão condenatória em 11/05/2015 (fl. 374), a companhia recorreu tempestivamente ao CRSNSP em 10/06/2015 (fls. 360/373). Reitera a ocorrência de prescrição, haja vista que o pagamento realizado em 05/11/2011 deu-se por mera liberalidade, pois o direito de ação do segurado em face da seguradora já se encontrava prescrito, inexistindo, portanto, obrigação contratual, a servir de suporte para ulterior apuração de irregularidade caracterizada como descumprimento contratual. Requer, alternativamente, a convalidação da pena em recomendação ou advertência.

Em parecer de fls. 393/395, a Representação da PGFN no CRSNSP manifesta-se pelo conhecimento do recurso e, no mérito, pelo não provimento.

É o relatório.

Brasília, 21 de novembro de 2016.


ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA

Relatora

Representante do Ministério da Fazenda

