

**Tribunal da Relação do Porto**  
**Processo nº 2405/24.2T8VNG.P1**

**Relator:** JOÃO DIOGO RODRIGUES  
**Sessão:** 16 Janeiro 2026  
**Número:** RP202601162405/24.2T8VNG.P1  
**Votação:** UNANIMIDADE  
**Meio Processual:** APELAÇÃO  
**Decisão:** CONFIRMADA

## CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

## INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

### Sumário

- I - O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso não faz prova plena das sequelas de que o examinado é portador.
- II - A anulação da sentença para ampliação da matéria de facto não pode ser determinada apenas para facultar à parte uma nova oportunidade de prova.
- III - No âmbito de um contrato de seguro de vida/saúde associado a um empréstimo bancário, o conceito de invalidez absoluta e definitiva, em caso de exclusão das cláusulas que o definam, deve ser integrado a partir da caracterização da concreta situação do segurado, da qual deve resultar a impossibilidade deste último de solver, para sempre, as obrigações resultantes daquele empréstimo.
- IV - Compete ao segurado o ónus de alegar e provar os factos que integram essa situação.

### Texto Integral

Processo n.º 2405/24.2T8VNG.P1

\*

Sumário:

.....  
.....  
.....  
  
\*

Relator: Des., João Diogo Rodrigues;  
Adjuntos: Des., Raquel Lima;  
Des., Rui Moreira.

Acordam no Tribunal da Relação do Porto:

**I - Relatório**

**1-** AA, instaurou, no dia 13/03/2024, a presente ação declarativa, sob a forma de processo comum, contra A..., S.A., pedindo que esta seguradora seja condenada a:

“- liquidar ao Banco 1..., S.A., o montante que o Autor tiver ainda em dívida, relativo ao crédito concedido, associado ao seguro contratado, desde a data do sinistro de 27.09.2014 e que em Janeiro de 2024 ascendia a € 15.648,98;

- pagar ao Autor todas as quantias que este último liquidou ao Banco 1..., S.A., a título de prestações de capital e juros, ao abrigo do contrato de mútuo celebrado, desde a data do sinistro (27.09.2014) até efetivo e integral pagamento e que em Janeiro de 2023, ascendia a €10.530,71, acrescido de juros vencidos e vincendos à taxa legal;

- pagar ao Autor todas as quantias que este pagou a título de prémios de seguros, contados desde o sinistro de 27.09.2014, acrescidos de juros vencidos e vincendos, à taxa legal, até à data da sua restituição, e que atualmente ascende a € 2892,60”.

Baseia estes pedidos, essencialmente, na circunstância de ter celebrado com a Ré um contrato de seguro do ramo vida/saúde, destinado a garantir o pagamento das quantias que lhe foram mutuadas pela já referida instituição de crédito e que estivessem em dívida no caso de vir a falecer ou ficar afetado com invalidez total e permanente e, não obstante ter sido reformado por invalidez e encontrar-se totalmente incapaz para o exercício da sua profissão

habitual (de chefe de cozinha), devido a acidente de trabalho que sofreu em 27/09/2014, a Ré recusa-se a pagar as referidas prestações.

**2-** Contestou a Ré, refutando os aludidos pedidos porquanto, para além do mais, o A. não se encontra na situação clínica prevista para o acionamento das garantias da apólice (invalidez absoluta e definitiva).

Pugna, assim, pela improcedência desta ação.

**3-** Em resposta, o A., alega, no essencial, que não lhe foram transmitidas, nem explicadas, as cláusulas nas quais a Ré ancora a sua defesa, defendendo, por isso, que essas cláusulas devem considerar-se nulas e excluídas do contrato de seguro.

**4-** Terminada a fase dos articulados, foi proferido despacho saneador no qual, para além do mais, foi afirmada a validade e regularidade da instância, fixados o objeto do litígio e os temas da prova.

**5-** Realizada a audiência final, foi, depois, proferida sentença na qual se julgou a presente ação improcedente e se absolveu a Ré de todos os pedidos do A.

**6-** Inconformada com esta sentença, dela recorre o A. terminando a sua motivação com as seguintes conclusões:

“i. O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto com à petição inicial como documento n.º 5, é documento autêntico (artigos 369.º e 371.º do Código Civil),

ii. Foi emitido, depois de realizada a competente Junta Médica, pela Administração Regional de Saúde do Norte no exercício de poderes públicos,

iii. E, daí, fazer prova plena dos factos que dele constam, o que o Tribunal “a quo” descurou.

iv. Com efeito, a Doute Sentença reconhece a sua existência e o seu teor, mas desconsidera o seu efeito probatório robusto, nomeadamente quanto às sequelas clínicas e aos dados identificativos do Autor;

v. ao ponto de impor outra prova, o que simplifica aquele documento emitido pela ARS NORTE, a um mero escrito particular, que efetivamente não é.

vi. Tal desalinho, guardado o merecido respeito, configura um erro grosseiro e impolido na valoração da prova documental (artigo 607.º, n.º 5, do Código de Processo Civil),

vii. o que determina, em bom rigor, a alteração da matéria de facto no sentido de ser dada por provada a matéria constante do documento n.º 5 - Atestado Médico de Incapacidade Multiuso e Relatório público clínico-funcional - e que consubstanciam as sequelas constantes da alínea b) dos factos não provados;

viii. bem como, aditar aos factos provados a identificação/idade do Autor.

ix. A matriz de correspondências reforça o facto da descrição clínica e funcional utilizada pela Junta Médica no Atestado Médico de Incapacidade Multiuso coincidir com as sequelas do Recorrente,

x. e proporciona inequivocamente suporte documental autêntico para a alteração da matéria de facto e para a integração jurídica da invalidez absoluta e definitiva.

xi. Quanto à alínea a), se o Tribunal ad quem entender, o que só por mera cautela se hipotiza, necessária decisão administrativa da Segurança Social para reforma por invalidez, deverá ser proferida decisão de ampliação da matéria de facto (artigo 662.º, n.º 2, alínea c), do Código de Processo Civil).

xii. Por outro lado, as cláusulas definidoras da invalidez absoluta e definitiva não foram comunicadas nem explicadas, sendo excluídas (artigos 5.º, 6.º e 8.º do Decreto-Lei n.º 446/85, Regime das Cláusulas Contratuais Gerais).

xiii. Com 72 por cento de incapacidade permanente global, titulada por Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, incapacidade permanente para o trabalho habitual e sequelas ortopédicas objetivas, o Recorrente preenche o conceito integrado de invalidez absoluta e definitiva no seguro associado ao crédito.

xiv. Daí, deverá doutamente proceder-se à alteração da matéria de facto (artigo 662.º do Código de Processo Civil): (i) dar provadas as sequelas descritas na alínea b) dos factos não provados; (ii) aditar aos factos provados a identificação/idade do Autor, conforme o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso e relatório público; (iii) quanto à alínea a), determinar ampliação instrutória, se entendida necessária.

xv. declarar-se excluída a definição contratual de invalidez absoluta e definitiva por falta de comunicação (Regime das Cláusulas Contratuais Gerais) e integrar o conceito de acordo com o fim económico do seguro e a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça.

xvi. Revogar-se a sentença e condenar da Ré a liquidar ao Banco o capital em dívida associado ao mútuo (quantia a apurar/atualizar, com juros) e reembolsar o Autor das prestações pagas ao Banco desde 27 de setembro de 2014 (juros legais); bem como, restituir os prémios pagos após o sinistro (juros legais).

7- A Ré respondeu pugnando pela confirmação do julgado, uma vez que, em síntese, tem por infundada a argumentação do A..

8- Recebido o recurso e preparada a deliberação, importa tomá-la.

\*

## II- **Mérito do recurso**

### A- **Definição do seu objecto**

O objeto dos recursos, em regra e ressalvadas as questões de conhecimento oficioso, é delimitado pelas conclusões das alegações do recorrente [artigos 608º nº 2, “in fine”, 635º, nº 4 e 639º nº1 do Código de Processo Civil (CPC)].

Assim, observando este critério no caso presente, o objeto do recurso em apreço reconduz-se, essencialmente, a saber se:

*a) Deve haver lugar à requerida modificação da matéria de facto;*

*b) O evento cujo risco a Ré assumiu, no âmbito do contrato de seguro que celebrou com o A, se deve ter por verificado e, nesse caso, quais as implicações jurídicas e patrimoniais daí decorrentes, em função do pedido do A..*

\*

### B- **Fundamentação**

#### B.1- **Na sentença recorrida julgaram-se os seguintes factos:**

1. Por acordo datado de 30.07.2007, intitulado «contrato de crédito», ao qual foi atribuído o n.º ...40, o Banco 1..., S.A., comprometeu-se a entregar ao

Autor, que aceitou e recebeu, o montante de € 33.900,00, e que, por sua vez, se comprometeu a restituí-lo, acrescido de uma taxa de juros remuneratórios.

2. Por acordo intitulado de «Tranquilidade crédito casa 2.0», com início em 01.01.2023, titulado pela apólice n.º ...52, e associado ao acordo mencionado em 1., o Autor transferiu para a Ré a responsabilidade pelo pagamento dos valores em dívida ao Banco 1..., S.A., no caso da sua «Morte» ou de «Invalidez Absoluta e Definitiva», até ao capital de € 55.031,62.

3. Em contrapartida do mencionado em 2., o Autor comprometeu-se a entregar à Ré, em prestações mensais, a quantia anual global de € 281,66.

4. No âmbito do acordo mencionado em 2., a cobertura por morte tinha como limite de idade os 85 anos e a cobertura por invalidez absoluta e definitiva tinha como limite de idade os 75 anos.

5. Prevê o ponto 1.2. do capítulo atinente à «Cobertura Complementar - Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)» das condições especiais da apólice referida em 2., sob a epígrafe «Âmbito da Cobertura» o seguinte:

«1.2. Para efeitos do disposto na presente cobertura, considera-se que o Segurado/Pessoa se encontra em situação de invalidez absoluta e definitiva, quando, em consequência de doença ou acidente, se verificarem cumulativa e simultaneamente os seguintes requisitos:

- a) Fique total e definitivamente incapaz de exercer qualquer atividade remunerada;
- b) Fique na obrigação de recorrer à assistência permanente de uma terceira pessoa para efetuar quaisquer atos elementares da vida corrente e,
- c) Apresente um grau de incapacidade igual ou superior a 85%, de acordo com a “Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais” oficialmente em vigor no momento do reconhecimento da invalidez.

1.3. Para efeitos da alínea b), entende-se por ato elementar da vida corrente:

- Lavar-se, ou seja, efetuar os atos necessários à manutenção de um nível de higiene correto;
- Alimentar-se, ou seja, tomar as refeições preparadas e servidas à mesa;

- Vestir-se e despir-se, tomando em consideração o vestuário usado habitualmente;

- Deslocar-se no local de residência habitual.»

6. Prevê o ponto 3. do capítulo atinente à «Cobertura Complementar – Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)» das condições especiais da apólice referida em 2., sob a epígrafe «Exigibilidade do Capital Seguro» o seguinte:

«Uma vez reconhecida a situação de invalidez absoluta e definitiva por parte do médico do Segurador, o pagamento do capital seguro será disponibilizado ao Beneficiário nos termos previstos no artº 20 das Condições Gerais. O reconhecimento da situação de invalidez, tendo em conta a sua efectiva confirmação ou regressão do ponto de vista clínico, nunca ocorrerá antes de decorridos três (3) meses sobre a data em que a invalidez é comunicada ao Segurador».

7. Prevê o ponto 4. do capítulo atinente à «Cobertura Complementar – Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)» das condições especiais da apólice referida em 2., sob a epígrafe «Justificação e Reconhecimento do Direito às Importâncias» o seguinte:

«Em caso de invalidez, sem prejuízo das restantes obrigações previstas no artigo 19 das Condições Gerais, o Tomador do Seguro e/ou o Beneficiário indicado nas Condições Particulares deve:

a) Enviar ao Segurador, nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da invalidez absoluta e definitiva, um atestado do médico assistente, por conta do Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura, indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade;

b) Anexar uma descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade.

4.2. O Segurador reserva-se o direito de exigir qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para a determinação exata do estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura, mandando-o examinar pelos seus médicos se assim o entender. Neste caso, as despesas são por conta do Segurador, devendo o Segurado/Pessoa Segura autorizar o seu médico assistente a fornecer, confidencialmente, ao médico representante do Segurador, toda a informação médica respeitante ao sinistro declarado.

4.3. A falta de cumprimento por parte do Tomador do Seguro e/ou do Beneficiário do disposto nos pontos 4.1. e 4.2. implica a responsabilidade pelas perdas e danos dela resultante ou a suspensão desta cobertura enquanto se mantiver o incumprimento.

4.4. A falta de verdade nas informações prestadas ao Segurador, implica a perda do direito às importâncias seguras.

4.5. Em caso de conflito poderão as partes recorrer aos meios de resolução de litígios previstos na lei.

4.6. Enquanto as divergências não forem solucionadas, os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Morte, bem como os prémios e sobreprémios relativos à cobertura de Invalidez, que eventualmente se vençam no decorrer das discussões, devem ser pagos ao Segurador. Se a decisão for contrária ao Segurador, este restituirá as quantias recebidas e pagará, se for caso disso, as importâncias devidas acrescidas do juro de 1% ao ano, contado desde o fim do prazo indicado no artigo 3 da presente Condição Especial».

8. O Autor exercia a profissão de chefe de cozinha.

9. Em 27.09.2014, no exercício da atividade mencionada em 8., o Autor sofreu um traumatismo da coluna lombar, o que lhe determinou uma incapacidade permanente absoluta para o seu trabalho habitual.

10. O evento referido em 8., determinou-lhe, ainda, uma incapacidade permanente, global e definitiva fixada, em 18.02.2020, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, em 72,00%.

\*

B.2- Na mesma sentença não se julgaram provados os factos seguintes:

a) O Autor encontra-se reformado por invalidez.

b) Em virtude do descrito no ponto 9., o Autor apresenta as seguintes sequelas:

- Ráquis: cicatriz linear do tipo cirúrgico, com 8 cm de comprimento, disposta verticalmente na linha média da região lombar; referência a dor à palpação



quer dos músculos para-vertebrais quer à palpação das apófises espinhosas das vertebrae lombares; Lasègue aparentemente positivo bilateralmente;

- Membro inferior esquerdo: sequelas de “Drop-Foot”; pé pendente, sem capacidade de executar ativamente qualquer movimento de dorsiflexão, flexão plantar, inversão ou eversão; atrofia dos músculos da perna, principalmente nos territórios posteriores; referência a alteração da sensibilidade em todo o território da perna e pé; consegue deambular com claudicação e necessidade de apoio constante; não consegue colocar-se sobre calcanhares ou sobre pontas de dedos dos pés.

c) Em janeiro de 2024, o montante em dívida pelo Autor ao Banco 1..., S.A., por conta do acordo mencionado em 1. ascendia a € 15.648,98.

d) Desde 27.09.2014 até à data da propositura da ação, o Autor entregou à Ré, por conta da obrigação mencionada em 3., a quantia de € 2.892,60.

e) O Autor não procedeu ao envio à Ré dos elementos clínicos a que alude o ponto 4. do capítulo atinente à «Cobertura Complementar – Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)» das condições especiais da apólice.

f) As condições previstas nos pontos 5., 6., e 7. foram comunicadas e explicadas pela Ré ao Autor.

\*

### **B.3- Análise dos fundamentos do recurso**

Pretende o A./Apelante, em primeiro lugar, que se modifique a matéria de facto fixada na sentença recorrida. Mais concretamente, pretende que, com base no Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (por si apresentado com a petição inicial, como doc. 5), se julguem demonstradas as sequelas de que é portador [descritas na al. b), do capítulo dos Factos não Provados], bem como a sua “identificação/idade” (ampliando, nestes aspetos, o elenco dos factos provados). Além disso, pretende ainda que, se o Tribunal o entender necessário, determine a ampliação da matéria de facto (nos termos previstos no artigo 662.º, n.º 2, al. c), do CPC), em ordem a julgar demonstrado que se encontra reformado por invalidez, com base na decisão administrativa da Segurança Social.

Ora, como veremos já de seguida, nenhuma destas pretensões pode ser acolhida.

Quanto à primeira, é hoje jurisprudência uniformizada [pelo Acórdão Uniformizador de Jurisprudência (AUJ), do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2024, de 25 de Junho<sup>[1]</sup>] que “[o] atestado médico de incapacidade multiuso, emitido para pessoas com deficiência de acordo com o Decreto-Lei n.º 202/96, de 21 de Outubro, é um documento autêntico, que, de acordo com o artigo 371.º, n.º 1, em conjugação com o artigo 389.º, do Código Civil, faz prova plena dos factos praticados e percecionados pela «junta médica» (autoridade pública) competente e prova sujeita à livre apreciação do julgador quanto aos factos correspondentes às respostas de avaliação médica e de determinação da percentagem de incapacidade da pessoa avaliada”. Isto é, faz prova plena quanto aos factos “que correspondem à outorga do documento-atestado (à emissão da própria declaração, com aquela forma e com aquele conteúdo) e à percepção factual directa do presidente (quem emite a declaração) e dos membros da “junta médica” (por exemplo, a identificação do processo, o local em que a avaliação médica da pessoa identificada nesse atestado foi realizada, os elementos de identificação da pessoa avaliada, o ou os “atestados” anteriormente realizados)”, mas, “os factos constantes desse documento que decorrem da apreciação pelos mesmos membros da “junta médica” no âmbito da respectiva competência especializada, ou seja, dos factos decorrentes do diagnóstico (incluindo o tempo de referência para a situação de incapacidade) e da respectiva determinação de um grau de incapacidade, no uso de conhecimentos científicos e, assim sendo, juízos de ordem pessoal assentes num “convencimento lógico-dedutivo” (...) susceptível de ser contrariado ou infirmado”, estão sujeitos ao princípio da livre apreciação da prova.

Quer isto dizer, portanto, que, ao contrário do sustentado pelo A., as sequelas de que o mesmo é portador não podem ser julgadas demonstradas apenas a partir do referido Atestado. Este, repetimos, quanto a esse aspeto, não constitui um documento com força probatória plena. Logo, não podem as ditas sequelas ter-se por demonstradas, como defende o A., apenas a partir de tal Atestado (e outro meio de prova não foi invocado).

Nem, em rigor, a idade do A., pois que, regra geral, a mesma é obtida a partir de outros documentos ou das próprias declarações do examinado. Aquilo que os membros da junta médica podem certificar, de modo pleno, é que observaram ou recolheram esse e outros elementos identificativos a partir de outros meios de prova. O que, em termos factuais, não corresponde à mesma realidade.

Seja como for, no entanto, certo é que, neste caso, o A. não concretizou sequer a decisão que devia ser tomada a respeito dessa matéria, o que sendo contrário ao prescrito no artigo 640.º, n.º 1, al. c), do CPC, implica, necessariamente, também a rejeição desta pretensão.

Por outro lado, melhor sorte não pode ter o pedido do A. para que, caso se entenda necessário, se anule a sentença recorrida para vir a ser obtida a decisão da Segurança Social que confirme a sua situação de reforma.

Efetivamente, a referida anulação, tal como configurada no artigo 662.º, n.º 1, al. c), do CPC, não é (não deve ser) determinada em ordem a facultar à parte uma nova oportunidade de prova. Se é verdade que, atualmente, as partes não têm o monopólio da prova e o juiz tem o dever de determinar, entre outros aspetos, a junção de documentos ao processo (artigo 436.º n.º 1), ordenar a produção de prova pericial (artigos 477.º e 487.º n.º 2), efetuar inspeção judicial (artigo 490.º, n.º 1), ouvir qualquer pessoa não oferecida como testemunha, em relação à qual tenha razões para presumir que tem conhecimentos importantes para a boa decisão da causa (artigo 526.º n.º 1), tal não significa que sobre ele recaia a exclusiva responsabilidade pelo desfecho da causa. Associada a ela está também a responsabilidade das partes, sobre as quais a lei faz recair alguns ónus, inclusive no domínio probatório, que se repercutem em vantagens ou desvantagens para as mesmas e que, por isso mesmo, elas têm interesse direto em cumprir. Até porque, no limite, em sede probatória, a dúvida sobre a realidade de um facto resolve-se contra a parte a quem o mesmo aproveita (artigo 414º). Daí que as partes tenham natural interesse em concorrer ativamente para o processo de instrução da causa. Concurso que deve ser levado a cabo dentro dos prazos e condicionalismos legais. Na verdade, reconhecendo embora a lei às partes um interesse legítimo na instrução da causa, não lhes permite o exercício desse direito de forma arbitrária. Bem pelo contrário, condiciona esse exercício a determinados pressupostos, fora dos quais aquele direito pode ficar comprometido. E, neste contexto, não faz sentido que esses pressupostos possam ser contornados por recurso aos poderes/deveres que a lei comete ao tribunal<sup>[2]</sup>.

Ora, o que o A. pretende neste recurso é justamente esse resultado; ou seja, obter por via da referida anulação da sentença recorrida, uma nova oportunidade de prova. E isso, repetimos, não lhe pode ser consentido.

De modo que, em resumo, pode concluir-se que nenhuma das referidas pretensões pode ser acolhida.

Solucionada esta questão e não vindo questionado que as cláusulas do contrato de seguro celebrado entre as partes, relativas à definição do que deve ser entendido por invalidez absoluta e definitiva, à exigibilidade do capital seguro e à justificação e reconhecimento do direito às importâncias a receber, não foram comunicadas e explicadas pela Ré ao A. e que, por isso mesmo, se devem ter por excluídas de tal contrato (matérias em relação às quais há caso julgado), resta apenas por solucionar se o A. está afetado por aquele tipo de incapacidade e, na afirmativa, quais as implicações jurídicas e patrimoniais daí decorrentes.

Ora, neste aspeto, não podemos deixar de expressar a nossa concordância com a posição assumida na sentença recorrida. Ou seja, em síntese, que não está demonstrado que o A. esteja afetado por aquele tipo de incapacidade e, por conseguinte, nenhuma das prestações reclamadas pelo A. nesta ação, é devida.

Começemos, no entanto, por recordar os termos em que se expressou essa sentença.

Assim, depois de nela se ter considerado que a já referida exclusão importa a convocação das regras relativas à integração dos negócios jurídicos e que, neste caso concreto, há que atender à vontade hipotética das partes por não haver disposição legal aplicável, nomeadamente, no regime jurídico do contrato de seguro, vertido no Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, suscetível de auxiliar na integração do conceito em causa, passou-se, de seguida, à densificação do que deve entender-se por invalidez absoluta e definitiva, neste específico contrato.

A esse respeito, começou por se considerar que “não podemos, desde logo, desligar o problema em questão da conexão constitutiva do contrato de seguro em causa nestes autos com o de crédito bancário celebrado entre o Autor e o Banco 1..., S. A. (cfr. pontos 1 e 2 dos factos provados)”.

Na verdade, como aí se refere, “[n]os seguros de vida associados à contratação de crédito bancário (impostos, concretamente, a favor do credor mutuante como condição da concessão do crédito), para saber o que há de definir a cobertura de invalidez – de acordo com a vontade hipotética das partes – não pode prescindir-se de uma ponderação entre o risco do segurado

e o compromisso do segurador, havendo que garantir-se um equilíbrio das prestações das partes contratantes com referência ao interesse do seguro.

E sendo o interesse do seguro, nestes casos, o do pagamento do crédito ao banco quando o segurado já não possa razoavelmente fazê-lo – nomeadamente por perda da sua capacidade de obtenção de rendimento – o alcance das suas coberturas tem necessariamente que ser definida de acordo com esse horizonte teleológico, naturalmente estribado na expectativa do segurado com a celebração desse seguro.

Isto posto, - prossegue a mesma sentença -, parece-nos que exigir-se a verificação cumulativa, no caso da cobertura relativa a invalidez absoluta e definitiva, de um elevado grau de incapacidade, da insusceptibilidade completa e definitiva para o exercício de qualquer profissão e, sobretudo, da necessidade da assistência de uma terceira pessoa para os mais básicos atos da vida diária traduz-se numa limitação objetivamente excessiva – e na maioria dos casos, quiçá, de inviabilização prática – da cobertura do seguro. O que, naturalmente, gora o equilíbrio entre as prestações de cada parte, por reporte ao interesse por elas visado com a celebração do contrato.

Utilizando uma expressão particularmente reveladora do nosso mais Alto Tribunal, dir-se-á que uma definição de «invalidez absoluta e definitiva» feita em moldes tão redutores redundaria no funcionamento da cobertura apenas nos casos em que o segurado se encontrasse num estado de «praticamente defunto» (cfr. acórdão datado de 27.05.2010, prolatado no âmbito do processo n.º 976/06.4TBOAZ.P1.S1, disponível em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt)).

Mas se a cumulação de tais requisitos peca por excesso, como traçar o percurso definidor do conceito de invalidez absoluta e definitiva?

Retomando o que há pouco dizíamos, assume natural destaque o interesse (e finalidade) do contrato de seguro e o contexto de interdependência com o contrato de financiamento. Pelo que a definição de invalidez absoluta e definitiva «não pode deixar de assentar, na sua base, numa deficiência física e/ou intelectual que, não obstante os cuidados, os tratamentos e os acompanhamentos, clínicos e reabilitadores, realizados depois do sinistro, subsiste a título definitivo em sede anatómica-funcional e/ou psicossensorial» (cfr. acórdão do STJ de 27.02.2020, no âmbito do processo n.º 125/13.2TVPR.T.P1.S2, disponível em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt), citando FERNANDO OLIVEIRA SÁ, Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em direito civil, APADAC/IMIC, Coimbra, 1992, págs. 90-91, 137 e seguintes).

Mas, ademais, há que considerar os reflexos do sinistro na alteração da vida pessoal e profissional do segurado, havendo a sobredita deficiência de nela impactar decisivamente – e independentemente do seu nível ou grau ou percentagem de incapacidade, desde que não seja meramente residual.

Na esteira do que entendeu o STJ no mencionado acórdão de 27.02.2020, um tal juízo há de ter em conta, numa ponderação de múltiplos fatores, nomeadamente, «a atividade anteriormente desenvolvida como fonte de rendimentos, a idade e o tempo restante de vida ativa profissional, a perda de independência psico-motora, o tipo de doença ou restrição de saúde, as habilitações e capacidades literárias e profissionais da pessoa segura e a possibilidade de reconversão para actividade compatível com essas habilitações e capacidades com igual ou aproximada medida de rendimentos, sempre com enquadramento na situação remuneratória concreta (e projecção na “capacidade de ganho”) do segurado após a estabilização das sequelas do sinistro» [...].

Em face do que vimos expondo, a invalidez permanente e definitiva relevante para a delimitação do risco segurado traduzir-se-á em limitações que, atendendo ao esforço, capacidade e qualificações específicas da profissão exercida pelo segurado, inviabilizam, de todo em todo, a manutenção da sua profissão ou outra com rendimentos equiparáveis.

Ora, descendo ao caso dos autos, afigura-se que a única factualidade provada relevante nesta sede é a circunstância de o Autor ter ficado com uma incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual (cfr. ponto 9 dos factos provados).

De resto, foi apenas alegado que o Autor se encontra atualmente reformado por invalidez, materialidade que aquele, porém, não logrou provar (cfr. artigo 342.º, n.º 1, do Código Civil) – cfr. ponto a. dos factos não provados.

Por seu turno, e ainda que se tenha dado como provado que o evento danoso lhe determinou uma incapacidade permanente, global e definitiva fixada, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, em 72,00% (cfr. ponto 10 dos factos provados), não se antevê a sua relevância para o preenchimento do conceito de invalidez permanente e definitiva, nomeadamente para a ponderação dos fatores a que supra aludimos.

Assim, e ainda que tenha resultado demonstrada a incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, assemelha-se que não poderemos concluir

pela sua correspondência a uma invalidez permanente e definitiva do Autor, concretamente para efeitos do que as partes estipularam no contrato.

É que, apesar de a incapacidade para o trabalho habitual, sendo definitiva, implicar, evidentemente, a perda dos rendimentos desse trabalho, não pode transmudar-se numa equiparação à incapacidade definitiva para todo e qualquer trabalho remunerado.

Note-se que o fito do seguro que o Autor contratou foi, em primeira linha, a proteção do respetivo beneficiário (a instituição bancária); e para este, a morte ou a invalidez equivalem-se sempre que isso signifique a perda de rendimentos que permitam o pagamento do capital e dos juros convencionados. Pelo que não pode bastar a incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual para que se possa concluir por uma perda de rendimentos que ponham em causa o interesse daquele beneficiário.

É esse o crivo da invalidez absoluta e definitiva que vimos procurando.

De resto, podia o Autor ter demonstrado, nomeadamente, inexistir a possibilidade de reconversão para uma outra atividade compatível com as suas habilitações literárias ou com igual ou aproximada medida de rendimentos, ou até mesmo que não tem neste momento capacidade para exercer qualquer outra atividade remunerada. O que não sucedeu, nem foi sequer alegado.

Ao Autor cabia a alegação e prova dos factos constitutivos do direito de que se arroga titular (cfr. artigo 342.º, n.º 1, do Código Civil), isto é, de que foi celebrado um contrato com a Ré nos termos do qual esta se obrigava a suportar os valores devidos pelo Autor à instituição bancária em caso da sua morte ou de invalidez absoluta e definitiva e que esta situação de invalidez, de facto, se verificava. Só assim lograria a procedência das suas pretensões (contanto que inexistisse matéria de exceção suscetível de paralisar esse direito, evidentemente).

E conforme já abordamos, não lhe era exigível que demonstrasse os requisitos apertados de que a Ré pretendia fazer depender a sua prestação. Mas tinha, ainda assim, e nos termos aqui igualmente apresentados, que provar que se encontra numa situação de invalidez absoluta e definitiva que o impede, em concreto, de obter os rendimentos necessários a fazer face às obrigações assumidas perante a instituição bancária beneficiária do seguro.

Ficando, porém, por demonstrar a alegada situação de invalidez absoluta e definitiva – ante a total ausência de factos concretos (provados) que a

sustentem – cumpre concluir que o Autor não fez prova dos factos essenciais do direito de que se arroga titular, havendo que imputar-se na sua esfera as consequências da ausência dessa prova”.

Concordamos, como já adiantámos, com este ponto de vista.

Tanto mais que o A. não logrou alcançar nenhuma das modificações que pretendia que fossem introduzidas na factualidade provada.

Assim, por exemplo, não logrou provar, como era seu ónus (artigo 342.º, n.º 1, do Código Civil), as sequelas de que é portador. Tal como não logrou provar sequer a sua idade ou que esteja em situação de reforma por invalidez. Aliás, a fazer fé no relatório constante do Inquérito Profissional e Estudo do Posto de Trabalho, apresentado pelo próprio A. (doc. 2 junto com a p.i.), o mesmo, à data da elaboração de tal relatório, encontrava-se “com a atribuição de pensão por invalidez relativa, pelo Instituto de Segurança Social”. Invalidez relativa – note-se - e não invalidez absoluta, como sustentou na resposta à contestação (artigo 24.º). O que, em termos legais, mesmo para efeitos assistenciais, não corresponde à mesma realidade. A invalidez absoluta, com efeito, corresponde a uma situação em que o beneficiário está afetado por uma “incapacidade permanente e definitiva para toda e qualquer profissão ou trabalho” – artigo 15.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio. Já a invalidez relativa, por sua vez, corresponde a uma situação em que o beneficiário, “em consequência de incapacidade permanente, não possa auferir na sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal” (artigo 14.º).

Tratam-se, portanto, de realidades bem distintas, inclusive nas repercussões que têm no rendimento.

Ora, a invalidez que serviu de referência ao risco transferido pelo A. para a Ré foi a invalidez absoluta e definitiva e não apenas a invalidez relativa.

É verdade que não são unânimes os critérios jurisprudenciais para a definição do conceito de invalidez absoluta e definitiva.

E, assim, como se refere no Ac. RC de 10/01/2023([\[3\]](#)), é possível detetar na jurisprudência três correntes:

“Uma, segundo a qual a referida invalidez tem que ser um estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão, como actividade remunerada.



(...).

Outra, de sentido oposto, de acordo com a qual uma invalidez absoluta e definitiva será um estado da pessoa que o deixa totalmente incapaz, para o resto da vida, de exercer a sua actividade, designadamente laboral, em termos de obtenção de meios de subsistência. Isto é, não pode deixar de entender-se que a mesma se refere a todo e qualquer trabalho que não apenas ao trabalho habitual do segurado – neste sentido vão os Acds. do STJ de 29.3.2011, Proc. 313/07.0TBSJM, de 19.6.2018, Proc.2300/15.6T8PNF, e de 2.3.2021, Proc. 2615/18.1T8VRL, disponíveis no referido site.

Uma terceira, digamos intermédia, mais maleável e flexível, adaptável à casuística própria de cada concreta situação, em que se atenda, nomeadamente, ao tipo de doença em causa, as limitações dela decorrentes para a pessoa em concreto, as suas qualificações profissionais, a sua anterior profissão, as reais e efectivas possibilidades de reconversão, incluindo o seu salário prévio à patologia em causa e as reais e concretas possibilidade de atingir, por via da reconversão, se viável, um salário equiparado, próximo ou afastado, para se perceber se aquela doença, aquelas concretas limitações, face às suas concretas qualificações e capacidades remanescentes, provoca irremediavelmente uma perda sensível das suas reais capacidades de ganho e de gerar rendimento, para fazer face ao serviço da dívida que contraiu e que seguiu – neste sentido vão os Acds. do STJ de 29.4.2010, Proc.5477/06.8TVLSB e de 27.2.2020, Proc.125/13.2TVPRT, disponíveis no mesmo site”[\[4\]](#).

No caso em apreço, porém, mesmo adotando esta última corrente, que nos parece mais equilibrada em função da finalidade do contrato de seguro neste tipo de situações e do contexto de coligação imposta com os contratos de financiamento[\[5\]](#), a verdade é que o A. não alegou, nem, consequentemente, demonstrou, como era seu ónus (artigo 342.º, n.º 1, do Código Civil)[\[6\]](#), factualidade bastante para se poder concluir que, no seu quadro de vida concreto e perante a incapacidade funcional que o afeta, esteja, absoluta e definitivamente, impossibilitado de solver as obrigações contraídas junto da entidade bancária que o financiou, através do contrato de mútuo ao qual foi associado o contrato de seguro celebrado com a Ré. Para além de, como já dissemos, não estar demonstrada a sua idade e a sequelas de que é portador, nada sabemos, por exemplo, sobre as suas habilitações escolares ou profissionais, ignorando ainda se há ou não viabilidade na sua reconversão

profissional e quais as repercussões que daí advêm para o seu rendimento efetivo.

Por conseguinte, em resumo, a sua pretensão nesta ação não pode ser atendida. Ou seja, este recurso é de julgar improcedente e confirmada a sentença recorrida.

\*

### III- **Dispositivo**

Pelas razões expostas, **acorda-se em negar provimento ao presente recurso e, consequentemente, confirma-se a sentença recorrida.**

\*

- Em função deste resultado, as custas da ação e deste recurso serão suportadas pelo A./Apelante – artigo 527.º, nºs 1 e 2, do CPC

Porto, 16/1/2026.

João Diogo Rodrigues

Raquel Lima

Rui Moreira

---

**[1]** Consultável em DR n.º 121/2024, Série I, de 25/06/2024.

**[2]** Neste sentido, Lopes do Rego, Comentários ao Código de Processo Civil, Almedina, 1999, pág. 425, Nuno Lemos Jorge, “Os poderes Instrutórios do Juiz: Alguns Problemas”, na revista “Julgar”, nº 3, pág. 70 e, entre outros, Ac. STJ, de 28/05/2002, Processo n.º 02A1605, Ac.s RP, de 02/01/2006, Processo n.º 0613159, de 22/02/2011, Processo n.º 476/09.0TBVFR-B.P1 e Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães

de 04/03/2013, Processo n.º 293/12.0TBVCT-J.G1, todos consultáveis em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

**[3]** Processo n.º 437/18.9T8CTB.C1, consultável em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

**[4]** No sentido desta última orientação também se pronunciou o Ac. STJ de 02/11/2023, Processo n.º 1132/20.4T8PDL.L1.S1 , consultável em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt), sintetizada no ponto V do respetivo sumário, nos seguintes termos: “A densificação do conceito relevante de invalidez absoluta e definitiva, no atendimento da formulação clausulada em contrato de seguro de vida caucionando empréstimo bancário, carece de linearidade, porquanto importa a ponderação de um conjunto de fatores diversificados, conforme a situação a analisar, na necessária consideração casuística, e cuja articulação não pode deixar de levar a concluir que o segurado impossibilitado de trabalhar, ficará de igualmente impossibilitado de solver as obrigações contraídas junto da entidade bancária, cuja a superação constitui a razão última para a celebração do contrato de seguro”.

**[5]** Cfr. o referido Ac. STJ de 27/02/2020.

**[6]** Neste sentido, por exemplo, Ac. STJ de 02/11/2023, Processo n.º 1132/20.4T8PDL.L1.S1, consultável em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).