

## **Tribunal da Relação do Porto Processo nº 8597/21.5T8VNG.P1**

**Relator:** ALEXANDRA PELAYO

**Sessão:** 16 Janeiro 2026

**Número:** RP202601168597/21.5T8VNG.P1

**Votação:** UNANIMIDADE

**Meio Processual:** APELAÇÃO

**Decisão:** REVOGAÇÃO

### **CONTRATO DE SEGURO DE GRUPO**

### **INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE**

### **INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS**

## **Sumário**

I - O contrato de seguro de grupo (ramo vida), associado a um contrato de mútuo para compra de um imóvel, visa assegurar o cumprimento das obrigações assumidas pelos mutuários para com o banco mutuante, em caso de morte ou invalidez total e permanente dos mutuários.

II - Na verificação do risco coberto pelo contrato de seguro - Invalidez Total e Permanente, - torna-se imprescindível proceder á interpretação das cláusulas contratuais gerais que o preveem, determinando o seu sentido relevante.

III - A interpretação das cláusulas contratuais gerais faz-se, em princípio, segundo as regras gerais de interpretação das declarações negociais previstas nos arts. 236º a 238º do Código Civil, atendendo ao circunstancialismo específico do contrato interpretando em que as cláusulas se inserem, tendo-se ainda em consideração os artigos 10º e 11º do Decreto-Lei n.º 446/85, por se tratar de um contrato de adesão.

IV - Segundo um declaratário normal, a incapacidade, resultante de acidente ou doença, com um determinado grau de desvalorização que impeça a pessoa, total e definitivamente de exercer atividade remunerada, não abrange toda e qualquer profissão, ou toda e qualquer atividade remunerada, mas apenas aquelas profissões ou atividades que sejam compatíveis com os conhecimentos e aptidões do segurado.

## **Texto Integral**

**Processo:** 8597/21.5T8VNG.P1

Tribunal de origem: Tribunal Judicial da Comarca do Porto Juízo Central Cível de Vila Nova de Gaia - Juiz 1

**SUMÁRIO:**

.....  
.....  
.....

Juíza Desembargadora Relatora:

Alexandra Pelayo

Juízes Desembargadores Adjuntos:

Alberto Paiva Taveira

Pinto dos Santos

Acordam os Juízes que compõem este Tribunal da Relação do Porto:

**I - RELATÓRIO:**

AA, residente na Rua ..., ..., ..., instaurou ação declarativa de condenação sob a forma de processo comum contra “A..., S.A.”, com sede na Avenida ..., ..., Porto ..., pedindo a sua condenação no pagamento da indemnização contratualizada nos contratos de seguro identificados, sendo totalmente liquidado o crédito imobiliário inerente a tais contratos no valor em débito desde 2017, bem como a sua condenação a pagar os valores das mensalidades que tem vindo a suportar desde a data em que reclamou e acionou o processo indemnizatório, valores que ascendiam, em Novembro de 2021, a 18.676,84 euros.

Alegou, para o efeito, que celebrou com a ré dois contratos de seguro do ramo vida associados a um crédito à habitação, sendo tomador o “Banco 1..., S.A.”, com a cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente. Em 2012 sofreu um acidente, sendo que, em 2019, lhe foi atribuída uma incapacidade permanente global de 87%. Em consequência da patologia de que padece, o autor deixou de poder trabalhar, tendo comunicado tal circunstância à ré, a

qual, sem fundamento, recusou pagar a indemnização devida nos termos dos referidos contratos de seguro.

A ré contestou, invocando a ilegitimidade do autor, por estar desacompanhado do respetivo cônjuge, alegando ainda que o autor não apresentou todos os elementos solicitados e necessários à aferição da concreta situação clínica, nomeadamente, no que diz respeito à pré-existência de patologia, não tendo o mesmo comprovado a situação de invalidez/impossibilidade de exercício de qualquer profissão remunerada, não estando reunidas as condições para ver acionadas as garantias de cobertura da apólice.

A ré deduziu incidente de intervenção principal provada do “Banco 1..., S.A.”.

BB, cônjuge do autor, deduziu incidente de intervenção espontânea.

Foram admitidas ambas as intervenções, tendo o “Banco 1..., S.A.”, como associado do autor apresentado articulado.

Foi dispensada a realização da audiência prévia e proferido despacho saneador, no âmbito do qual se considerou prejudicada a apreciação da exceção dilatória da ilegitimidade ativa, em face da intervenção espontânea da co-segurada, foi identificado o objeto do litígio e de enunciados os temas da prova.

Realizou-se a audiência de discussão e julgamento e no final, foi proferida sentença com o seguinte dispositivo:

*“Pelo exposto, julgo a presente ação improcedente e, em consequência, absolvo a ré “A... do pedido.*

*Custas a cargo dos autores AA e BB.”*

Inconformado, o Autor, **AA** veio interpor o presente recurso, tendo apresentado as seguintes conclusões:

(...)

Pugnando pela improcedência do recurso, contra-alegou a Ré **A..., S.A.**, sem apresentar conclusões.

Admitido o recurso e colhidos os vistos, cumpre decidir.

II - OBJETO DO RECURSO:

Resulta do disposto no art.º 608.º, n.º 2, do Código de Processo Civil, aqui aplicável ex vi do art.º 663.º, n.º 2, e 639.º, n.º 1 a 3, do mesmo Código, que, sem prejuízo das questões de conhecimento oficioso, o Tribunal só pode conhecer das questões que constem nas conclusões do recurso, que, assim, definem e delimitam o objeto do mesmo.

As questões *decidendas* são as seguintes:

- erro de julgamento quanto ao direito aplicável, quanto aos requisitos contratuais que legitimam o direito ao pagamento do capital seguro.

### III - FUNDAMENTAÇÃO:

Na sentença foram julgados provados os seguintes factos:

- a) O autor e a mulher, BB, celebraram com o interveniente “Banco 1..., S.A.” dois contratos de mútuo para aquisição de habitação, nos montantes de 80.000,00 euros, empréstimo n.º ...13, e de 25.000,00 euros empréstimo n.º ...23;
- b) Na sequência da proposta de adesão comum subscrita pelos autores a 13 de Janeiro de 2010, aceite pela ré, aqueles aderiram ao contrato de seguro de vida grupo com a apólice ...90, associado aos créditos referidos na alínea anterior, emitindo o certificado ...86, associado ao empréstimo n.º ...13, com o capital seguro de 80.000,00 euros, e o certificado ...95, associado ao empréstimo n.º ...23, com o capital seguro de 25.000,00 euros, garantindo a cobertura morte (cobertura principal) e invalidez total e permanente (cobertura complementar);
- c) O contrato de seguro referido na alínea anterior teve início a 18 de Janeiro de 2010, renovando-se automaticamente por sucessivos por períodos de um ano, tem como beneficiário irrevogável o “Banco 1..., S.A.” e rege-se pelas condições gerais e especiais constantes dos documentos juntos com a contestação, cujo teor se dá aqui por reproduzido;
- d) Os referidos certificados foram aceites pela ré sem qualquer exclusão e/ou agravamento, tendo por base as informações e declarações prestadas pelos proponentes na proposta de adesão referida na alínea b), junta com a contestação como documento n.º 1, dando-se aqui por reproduzido o seu teor, tendo sido remetidos os Certificados Individuais e as respetivas atas adicionais;

- e) O capital seguro, para cada cobertura e em cada ano da sua duração, corresponde ao valor do capital em dívida atualizado e até ao limite do capital seguro;
- f) Na proposta de adesão referida na alínea b) os autores, pessoas seguras, declararam, para além do mais, o seguinte: *“1. São exatas e completas as declarações prestadas, tendo tomado conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-lhe(s) sido entregues as respetivas Condições Gerais e Especiais, de que tomou/tomaram conhecimento e tendo-lhe(s) sido prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições contratuais, nomeadamente sobre as garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concorda(m)”;*
- g) Os autores, ao preencherem proposta de adesão, preencheram também o “Questionário Médico”, respondendo negativamente a todas as questões ali colocadas;
- h) Nos termos do Artigo 2º, n.º 2, das Condições Gerais da Apólice, *“As declarações do Tomador do seguro e da Pessoa segura, prestadas na Proposta de seguro e nas Propostas de adesão, bem como nos questionários de saúde, quando existentes, servem de base ao presente contrato, o que é incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do disposto no número seguinte e no número 1 do artigo 15º”;*
- i) O n.º 3 do mesmo Artigo acrescenta que *“O incumprimento pelo Tomador do seguro ou pela Pessoa segura do dever de declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, determina, nos termos previstos na lei, a anulabilidade, alteração ou cessação do contrato”;*
- j) Nos termos do Artigo 6º, n.º 1, alínea a), das Condições Gerais da Apólice, não se consideram cobertos por este contrato os riscos resultantes de doença pré-existente, considerando-se como tal toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa segura, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva, e que tenha sido objeto de um diagnóstico ou que suficiente grau de evidência se tenha revelado, em data anterior à da celebração do presente contrato, salvo o caso em que tenha havido comunicação formal ao Segurador, e aceitação por parte deste, mediante as condições que para o efeito tenham sido estabelecidas”;

k) Nos termos do Artigo 1º, alínea e), das Condições Especiais – Cobertura Complementar – Invalidez Total e Permanente, para efeitos desta cobertura complementar, considera-se Invalidez Total e Permanente: “*A Pessoa segura encontra-se em situação de Invalidez Total e Permanente se, em consequência de doença ou acidente, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprováveis, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, nomeadamente quando desta invalidez resultar paralisia de metade do corpo, perda do uso dos membros superiores ou inferiores em consequência de paralisia, cegueira completa ou incurável, alienação mental e toda e qualquer lesão por desastre ou agressões em que haja perda irremediável das faculdades e capacidade de trabalho, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, ser superior a 66% que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%;*”;

l) Nos termos do Artigo 3º, alínea c), das mesmas Condições Especiais, para além das exclusões mencionadas nas Condições Gerais da cobertura principal, o Segurador cobre o risco de Invalidez Total e Permanente da Pessoa segura, salvo nos casos provenientes de “*Doenças, acidentes ou quaisquer eventos que tenham ocorrido ou dado origem a tratamento médico antes da data de entrada em vigor desta cobertura complementar, e suas eventuais consequências, desde que tais doenças, acidentes ou eventos não sejam mencionados em documentos específicos de avaliação do estado de saúde da Pessoa segura, quando expressamente fornecidos pelo Segurador para o efeito*”;

m) O Artigo 6º, n.º 1 e n.º 2, das Condições Especiais – Cobertura Complementar – Invalidez Total e Permanente, tem o seguinte teor: “*1. Para verificação da Invalidez Total e Permanente de qualquer dos riscos incluídos nas presentes Condições Especiais, a Pessoa segura ou os Beneficiários devem solicita-lo ao Segurador por escrito e nos 60 dias imediatos à constatação da invalidez, enviado os seguintes documentos:*

*a) Relatório do médico ou médicos assistentes, dando informações sobre o início e evolução da invalidez ou, em caso de acidente, a causa e o género das lesões e as consequências conhecidas e prováveis, devendo ser clinicamente comprovada com elementos objetivos, e declarar a Pessoa segura como incapacitada total e definitivamente para o exercício de uma qualquer atividade remunerada;*

*b) Descrição detalhada da atividade profissional exercida pela Pessoa segura antes da invalidez.*

*2. No processo de verificação da Invalidez o Segurador reserva-se o direito de exigir, a expensas suas, qualquer justificação complementar e de proceder às investigações que julgar convenientes para determinação exata do estado da Pessoa segura, designadamente mandando-a examinar pelos seus médicos, cessando a sua responsabilidade se o Tomador do seguro, a Pessoa segura ou os Beneficiários prejudicarem ou impedirem o normal cumprimento destas diligências”;*

n) O autor foi vítima de acidente de trabalho em Maio de 2012;

o) O autor apresenta as seguintes patologias:

- Hipertensão arterial diagnosticada, pelo menos, em 2010, com controlo tensional;
  - Patologia osteoarticular da coluna lombar (hérnia discal L4-L5, detetada após o acidente de trabalho referido na alínea n), e protusão direita em L5-S1, detetada em 2019), com neuropatia L4/L5:
    - i) Submetida a foraminectomia L4-L5 e descompressão radicular L5 esquerda a 10 de Setembro de 2012;
    - ii) Submetida a descompressão radicular de L5 esquerda e discectomia L4-L5 a 17 de Setembro de 2018;
    - iii) Submetida a descompressão radicular de L5 esquerda e discectomia L4-L5 a 8 de Março de 2022;
  - Patologia osteoarticular da coluna cervical, com queixas de cervicalgia desde 2015 (hérnia discal C6-C7 centro-lateral direita detetada em Abril de 2016), submetida a discectomia C5-C6 e C6-C7 e artrodese intersomática com cages em C5-C6 e C6-C7, a 17 de Janeiro de 2017;
  - Carcinoma da tiroide e bócio multinodular, submetido a tiroidectomia total em 2017, e asma e enfisema pulmonar, documentados em exame de 2 de Abril de 2019;
- p) Nenhuma das patologias referidas tem diagnóstico anterior a 13 de Janeiro de 2010;

q) O autor participou à ré um sinistro por invalidez total e permanente a 6 de Julho de 2018, juntando relatórios médicos, entre eles, o relatório datado de 11 de Abril de 2018, subscrito pelo Sr. Dr. CC, junto com a petição inicial como documento n.º 7, bem como um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso atestando uma incapacidade, reavaliável, de 72,80%;

r) Na sequência do facto descrito na alínea anterior, a ré enviou ao autor a carta junta com a petição inicial como documento n.º 17, datada de 23 de Novembro de 2018, cujo teor se dá aqui por reproduzido, onde se lê, para além do mais, o seguinte: *"Da análise aos documentos rececionados, concluímos que o grau de incapacidade de 72,80% atribuído a V. Exa., 12,80% são referentes à Hérnia Discal, patologia pré-existente e não declarada aquando da subscrição dos Contratos de Seguro de Vida em 13 de janeiro de 2010, pelo que atendendo à dedução desse grau concorrente, os restantes 60,00% de grau de incapacidade da patologia principal não são suficientes para acionar a cobertura complementar de invalidez, circunstância que, nos termos acima descritos, impede o reconhecimento da Invalidez Total e Permanente."*

*Nesse sentido, vimos transmitir a V. Exa. não ser possível acionar a indemnização da cobertura complementar de Invalidez Total e Permanente, pelo que vamos dar por encerrados estes processos ao abrigo dos seus Contratos de Seguro de Vida, que se mantêm em vigor.*

*Ficamos, no entanto, disponível para reanalisar este assunto em presença de novos documentos que possam reconhecer a atribuição da incapacidade nas condições acima referidas, nomeadamente, Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, atualizado, com indicação do grau de incapacidade que lhe foi atribuído, deduzido do grau de incapacidade relativo à Hérnia Discal, bem como Documento da Segurança Social ou outra Entidade Oficial que comprove a incapacidade para exercer qualquer atividade profissional remunerada e consequente atribuição de pensão de invalidez, desde que as apólices continuem ativas e com os prémios pagos."*

s) O autor remeteu à ré o "Atestado de Doença" subscrito pela Sra. Dra. DD, datado de 7 de Janeiro de 2019, junto como documento n.º 11 da petição inicial, cujo teor se dá aqui por reproduzido;

t) A ré enviou ao autor a carta datada de 19 de Fevereiro de 2019, junta como documento n.º 10 da petição inicial cujo teor se dá aqui por reproduzido, onde se lê, para além do mais, o seguinte: *"Acusamos a receção da carta enviada*

*por V. Exa. aos nossos Serviços, datada de 29 de janeiro de 2019 (...). Tal como referimos na nossa carta enviada à Pessoa Segura em 23 de Novembro de 2018, a nossa decisão de declinar o pagamento do Capital Seguro decorre do facto de 12,80% da incapacidade que afeta a Pessoa Segura ser decorrente de patologia radicular pré-existente, com cirurgia efetuada em 2006, que se tivesse sido declarada condicionaria a aceitação da cobertura de Invalidez Total e Permanente decorrente da referida patologia. Nesse sentido, concluímos que do grau de concluímos que do grau de incapacidade de 72,80% atribuído à Pessoa Segura, 12,80% são referentes a patologia pré-existente e não declarada aquando da subscrição dos Contratos de Seguro de Vida em 13 de janeiro de 2010, pelo que atendendo à dedução desse grau concorrente, os restantes 60,00% de grau de incapacidade da patologia principal não são suficientes para acionar a cobertura complementar de invalidez, circunstância que, nos termos acima descritos, impede o reconhecimento da Invalidez Total e Permanente”;*

- u) O autor, através do seu advogado, remeteu à ré, a 30 de Abril de 2019, a carta junta como documento n.º 12 da petição inicial, cujo teor aqui se dá por reproduzido;
- v) O autor, através do seu advogado, remeteu à ré, a 31 de Maio de 2019, a carta junta como documento n.º 13 da petição inicial, cujo teor aqui se dá por reproduzido, recebida pela ré a 3 de Junho de 2019;
- w) Nessa carta, o autor remeteu à ré novos documentos clínicos, incluindo o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, datado de 24 de Maio de 2019, junto como documento n.º 9 da petição inicial, que atesta uma incapacidade, reavaliável em 2022, de 87%, e os relatórios médicos juntos como documentos ns.º 14, 15 e 16 da petição inicial;
- x) A 24 de Maio de 2019 foi emitido, pela Junta Médica do Ministério da Saúde, o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto como documento n.º 9 da petição inicial, cujo teor aqui se dá por reproduzido, conferindo ao autor uma incapacidade permanente global de 84%, suscetível de variação futura e a ser reavaliada em 2022;
- y) O autor não apresentou à ré um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso com carácter definitivo;
- z) A ré manteve a posição anteriormente comunicada ao autor, recusando o pagamento da indemnização

- aa) A 13 de Janeiro de 2021 o capital seguro era de 50.854,19 euros, quanto ao empréstimo n.º ...13, e de 15.890,42 euros, quanto ao empréstimo n.º ...23;
- bb) A 11 de Novembro de 2021, no que diz respeito ao empréstimo destinado a aquisição de habitação própria permanente n.º ...13, o valor da prestação mensal era de 223,46 euros;
- cc) O capital em dívida, a 26 de Maio de 2025, ascendia ao montante de 41.996,88 euros;
- dd) Na mesma data, no que diz respeito ao empréstimo de crédito hipotecário n.º ...23, o valor da prestação mensal era de 69,83 euros;
- ee) O capital em dívida, a 26 de Maio de 2025, ascendia ao montante de 13.122,77 euros;
- ff) Os valores dos prémios de seguro são de 50,19 euros e de 15,69 euros;
- gg) O autor apresentou perante a Segurança Social pedido de pensão de invalidez, pedido que complementar de invalidez, circunstância que, nos termos acima descritos, impede o reconhecimento da Invalidez Total e Permanente”;
- hh) A 10 de Abril de 2024 foi emitido por Junta Médica do Ministério da Saúde o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto a 11 de Abril de 2024, cujo teor se dá aqui por reproduzido, atribuindo ao autor, de acordo como a “TNI - Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei 352/2007, de 23 de Outubro”, um grau de incapacidade permanente global de 69%, sendo tal atestado definitivo;
- ii) O autor, em virtude dos factos descritos na alínea o), encontra-se incapaz para o exercício da sua atividade profissional habitual de assentador de pavimentos, não sendo de admitir melhoria futura no seu quadro clínico, mas não se encontra incapaz para o exercício de outra atividade profissional remunerada;
- jj) Em virtude dos factos descritos nas alíneas o) e ii), o autor apresenta uma incapacidade de 52%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil - Anexo II, do DL 352/2007, de 23 de Outubro.

E foram julgados não provados os seguintes factos:

- Nos artigos 21º, 22º (quanto à data da participação do sinistro), 26º, 27º (desde “Exames” e até “saúde do autor”) e 33º (que o autor tenha enviado cartas à ré desde 2017) da petição inicial;
- Nos artigos 28º (provado apenas o que consta da alínea q) dos factos provados), 32º, 33º e 35º (quanto ao envio da carta com o teor indicado) da contestação.

#### IV - MODIFICABILIDADE DA MATÉRIA DE FACTO:

Nos termos do disposto no art. 662.º, n.º 1 do CPCivil, “a Relação deve alterar a decisão proferida sobre a matéria de facto, se os factos dados como assentes, a prova produzida ou um documento superveniente impuserem decisão diversa”.

À luz deste preceito, “fica claro que a Relação tem autonomia decisória, competindo-lhe formar e formular a sua própria convicção, mediante a reapreciação dos meios de prova indicados pelas partes ou daqueles que se mostrem acessíveis e com observância do princípio do dispositivo no que concerne à identificação dos pontos de discórdia”.

O Tribunal da Relação usa do princípio da livre apreciação da prova com a mesma amplitude de poderes da 1.ª instância, nos termos consagrados pelo art. 607.º, n.º 5, do CPCivil, sem olvidar, porém, os princípios da oralidade e da imediação.

A modificabilidade da decisão de facto é ainda suscetível de operar nas situações previstas nas diversas alíneas do n.º 2 do art. 662.º do CPCivil.

Dentro destes parâmetros, o Tribunal da Relação, assumindo-se como um verdadeiro Tribunal de Substituição<sup>[1]</sup>, está em posição de proceder à reavaliação da matéria de facto especificamente impugnada pelo recorrente, pelo que neste âmbito a sua atuação é praticamente idêntica à do Tribunal de primeira Instância, apenas cedendo nos fatores da imediação e da oralidade.

No sistema da livre apreciação da prova, o julgador detém a liberdade de formar a sua convicção sobre os factos, objeto do julgamento, com base apenas no juízo que fundamenta no mérito objetivamente concreto do caso, na sua individualidade histórica, adquirido representativamente no processo.

“O que é necessário e imprescindível é que, no seu livre exercício de convicção, o tribunal indique os fundamentos suficientes para que, através das

regras da ciência, da lógica e da experiência, se possa controlar a razoabilidade daquela sobre o julgamento do facto como provado ou não provado”[\[2\]](#).

De facto, a lei determina expressamente a exigência de objetivação, através da imposição da fundamentação da matéria de facto, devendo o tribunal analisar criticamente as provas e especificar os fundamentos que foram decisivos para a convicção do julgador (artigo 607.º, nº 4 do CPC).

Importa, porém, não esquecer, que se mantêm vigorantes os princípios da imediação, da oralidade, da concentração e da livre apreciação da prova e guiando-se o julgamento humano por padrões de probabilidade e nunca de certeza absoluta, o uso, pela Relação, dos poderes de alteração da decisão da 1ª instância sobre a matéria de facto só deve ser efetivado quando seja possível, com a necessária segurança, concluir pela existência de erro de apreciação relativamente a concretos pontos de facto impugnados.

Sobre o impugnante da matéria de facto, que pretenda a reapreciação da matéria de facto, recaem os ónus que lhe são impostos pelo art. 640º do CPC, que se traduzem na indicação dos concretos pontos da matéria de facto que considera incorretamente julgados; na indicação da decisão diversa que aos mesmos deva caber, devendo ainda especificar os meios de prova constantes do processo que no seu entender determinem uma decisão diversa quanto a cada um dos factos (nº 1 do art. 640º).

E tendo a prova sido gravada, o nº 2 da norma citada impõe ainda ao impugnante da matéria de facto, a indicação com exatidão das passagens da gravação em que se funda o seu recurso.

Com efeito, o legislador, quando introduziu um efetivo segundo grau de jurisdição em matéria de facto, através do DL 39/95 de 15.2, deixou consignado no respetivo preâmbulo, os seguintes objetivos:

“A garantia do duplo grau de jurisdição em sede de matéria de facto nunca poderá envolver, pela própria natureza das coisas, a reapreciação sistemática e global de toda a prova produzida em audiência - visando apenas a deteção e correção de pontuais, concretos e seguramente excepcionais erros de julgamento, incidindo sobre pontos determinados da matéria de facto, que o recorrente sempre terá o ónus de apontar claramente e fundamentar na sua minuta de recurso.

Não poderá, deste modo, em nenhuma circunstância, admitir-se como sendo lícito ao recorrente que este se limitasse a atacar, de forma genérica e global, a decisão de facto, pedindo, pura e simplesmente, a reapreciação de toda a prova produzida em 1.ª instância, manifestando genérica discordância com o decidido.

A consagração desta nova garantia das partes no processo civil implica naturalmente a criação de um específico ónus de alegação do recorrente, no que respeita à delimitação do objeto do recurso e à respetiva fundamentação.

Este especial ónus de alegação, a cargo do recorrente, decorre, aliás, dos princípios estruturantes da cooperação e da lealdade e boa fé processuais, assegurando, em última análise, a seriedade do próprio recurso intentado e obviando a que o alargamento dos poderes cognitivos das relações (resultante da nova redação do artigo 712.º) - e a consequente ampliação das possibilidades de impugnação das decisões proferidas em 1.ª instância - possa ser utilizado para fins puramente dilatórios, visando apenas o protelamento do trânsito em julgado de uma decisão inquestionavelmente correta.

Recai sobre a parte Recorrente um triplo ónus:

Primeiro, o de circunscrever ou delimitar o âmbito do recurso, indicando claramente os segmentos da decisão que considera viciados por erro de julgamento;

Segundo, o de fundamentar, em termos concludentes, as razões da sua discordância, concretizando e apreciando criticamente os meios probatórios constantes dos autos ou da gravação que, no seu entender, impliquem uma decisão diversa, e;

Terceiro, o de enunciar qual a decisão que, em seu entender, deve ter lugar relativamente às questões de facto impugnadas.

Conclui-se assim que, em face da lei processual que regula os recursos, quando seja impugnada a matéria de facto o Recorrente deve obrigatoriamente especificar, sob pena de rejeição: os concretos pontos de facto que considera incorretamente julgados; os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo ou gravação nele realizada, que impunham decisão sobre os pontos da matéria de facto impugnados diversa da recorrida e a decisão que, no seu entender, deve ser proferida sobre as questões de facto impugnadas - Cf. art.º 640.º, n.º 1, do CP Civil. (sublinhado nosso).

Sendo a prova gravada, terá ainda que indicar com exatidão as passagens da gravação em que se funda o seu recurso.

No caso em apreço, da leitura das conclusões de recurso, que delimitam os objeto do recurso, mostram-se cumpridos os ónus especificados relativamente aos pontos da matéria de facto provada ii) e jj), que por isso passaremos a reapreciar.

Diz o apelante, relativamente ao facto dado como provado na alínea ii) in fine “...mas não se encontra incapaz para o exercício de outra atividade

*profissional remunerada...*” – não corresponde à verdade factual, (pretendendo por isso que nessa parte seja julgado não provado – infere-se da sua argumentação), alegando que de facto, o Autor/Recorrente não tem qualquer capacidade para exercer atividade remunerada, dada a sua situação de constantes internamentos, intervenções cirúrgicas e patologias que o impedem de estar em pé por períodos mais ou menos longo, impedem de estar sentado durante alguns períodos de tempo, e, inclusive, tem dificuldades de condução de veículos ou de qualquer atividade quotidiana – o que se pode constatar dos diversos Relatórios Médicos e Perícias Clínicas juntos aos autos – vide nomeadamente as páginas 7 e 8 do Relatório Pericial do Instituto Nacional de Medicina Legal, junto aos autos, indo também ao encontro da declarações de parte que prestou em audiência de julgamento.

Vejamos.

O facto impugnado é o seguinte:

ii) O autor, em virtude dos factos descritos na alínea o), encontra-se incapaz para o exercício da sua atividade profissional habitual de assentador de pavimentos, não sendo de admitir melhoria futura no seu quadro clínico, *mas não se encontra incapaz para o exercício de outra atividade profissional remunerada;*

Baseia a impugnação nos diversos relatórios médicos e periciais juntos aos autos, nomeadamente o Relatório Pericial do Instituto Nacional de Medicina Legal, junto aos autos.

Analisemos a documentação médica referente a esta questão, que se mostra preponderante para a questão a decidir.

Dos vários relatórios médicos juntos pelo apelante aos autos, subscritos por médicos que consultou, de diferentes especialidades, ao longo do tempo, (atestado médico de 11.4.2018, do médico CC, que atesta que

atestado de 24.1.2019 do médico EE, que atesta

atestado de 18.3.2019, da médica FF (atesta a existência de “limitações para as atividades diárias e para a atividade laboral”); atestado de 16.5.2019 da médica DD (atesta a existência de “limitação para as atividades diárias e para a atividade laboral”); atestado de 21.5.2019, do médico GG (atesta a existência de “incapacidade para o exercício profissional de assentador de pavimentos”) sendo o Relatório pericial, elaborado pelo IML, conclui relativamente a esta questão o seguinte: *“Em resposta aos quesitos 3, 7 e 8, tendo em conta as dificuldades de deambulação e queixas álgicas do examinado, considera-se que este se encontra incapaz para a sua atividade profissional habitual (assentador de pavimentos). Contudo, não se considera que esteja incapaz para todo e qualquer trabalho.”* constata-se o seguinte: os médicos que examinaram o autor ao longo destes últimos anos e após o acidente de trabalho que vitimou aquele, são unâimes quanto ao facto do autor estar totalmente incapacitado para exercer a sua profissão habitual de assentador de pavimentos, mas deles não se pode retirar uma total incapacidade para o trabalho em geral, pese embora as limitações funcionais decorrentes da doença de que padece em consequência de doença, originada em acidente de trabalho sofrido em 2012, geradora de incapacidade, fixada pelo IML em 52 pontos percentuais e pela administração Regional de Saúde- ARS - conforme atestado médico de incapacidade multiuso, em 69%.

Desta forma, tendo tais meios de prova sido livremente apreciados pelo tribunal, entendemos que não ocorre erro de julgamento, mantendo-se a redação do facto ii), improcedendo, nesta parte a impugnação.

Impugna ainda o Apelante o facto jj), alegando que, também não corresponde à verdade e não poderá ser considerado facto provado o constante na alínea jj) que menciona: “... o autor apresenta uma incapacidade de 52% de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade em Direito Civil – Anexo II, do DL 352/2007, de 23 de Outubro”

Alega que este facto está em completa contradição com o que consta do Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, datado de 10 de Abril de 2024, junto aos autos, no qual se lê: “Declaro que o utente é portador de deficiência, que de acordo com os documentos arquivados neste serviço lhe conferiram em 24-05-2019 pela TNI aprovada pelo Decreto-Lei nº 352/2007, de 23-10-2007, o grau de incapacidade de 87% (oitenta e sete por cento)”;

E ainda, “Atesto que, de acordo com a TNI - Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro, o utente é portador de deficiência que, nesta data e conforme o quadro seguinte, lhe confere uma incapacidade permanente global de 69% (sessenta e nove por cento) suscetível de variação futura -- DEFINITIVO”

Alega que o facto constante na alínea jj) dos factos provados, confunde “pontos” com “percentagens” – porque o Relatório menciona 52 pontos e o Atestado Médico Incapacidade Multiusos, com data de 10 de Abril de 2024, menciona percentagem de 87% desde 24/05/2019 e uma percentagem de 69% com carácter “definitivo” – doc. junto aos autos.

E mesmo levando em conta a “incapacidade de 52 pontos” que consta no Ponto 4 - pág. 10, do Relatório Pericial do Instituto de Medicina Legal, que se encontra junto aos autos a fls., alega que não foi levado em conta, a majoração de 1,5 que determina o D.L. 352/2007, de 23 Outubro, na Tabela Nacional de Incapacidades, nas Instruções Gerais, na sua página 12, mais uma vez em prejuízo do Recorrente, pelo que deverá ser considerado o fator de bonificação.

Vejamos.

Não se fazendo aqui menção aos atestados médicos de incapacidade multiuso juntos aos autos, que atribuem ao autor incapacidade variável, ou seja não definitiva, constam dos autos pelo menos dois documentos que atestam uma diferente percentagem de incapacidade de que ficou a padecer o ora apelante.

Por um lado, temos o atestado médico de incapacidade multiuso, emitido pela Administração Regional de Saúde para pessoas com deficiência de acordo com o [Decreto-Lei n.º 202/96](#), de 21 de Outubro, emitido com data de 10 de Abril de 2024, que atribui uma percentagem de incapacidade de 69% com carácter “definitivo”.

Trata-se de um documento que contem a avaliação médica da incapacidade correspondente a um diagnóstico assente na aplicação de conhecimentos dos

membros da “junta médica” à condição de saúde da pessoa analisada, correspondente à formulação de a pessoa avaliada ser “portadora de deficiência”.

E a percentagem de incapacidade fixada corresponde à subsunção dos factos resultantes dessa avaliação a determinada tabela de referência e suas instruções (gerais e específicas: anexo I do [DL 352/2007](#), de 23 de Outubro, que aprova a aludida Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais).

Por outro lado, temos o relatório pericial elaborado pelo IML, que atribuiu ao ora apelante uma incapacidade fixável em 52 pontos.

Trata-se de um exame pericial, que está previsto no art. 467.º do CPC, dizendo o n.º 3 que “as perícias médico-legais são realizadas pelos serviços médico-legais ou pelos peritos médicos contratados, nos termos do diploma que as regulamenta.”

Este diploma é a [Lei n.º 45/2004](#) de 19.0, de acordo com o qual as perícias médico-legais deverão obrigatoriamente ser realizadas nas delegações e nos gabinetes médico-legais do INML, só excepcionalmente, perante manifesta impossibilidade dos serviços, o podendo ser por entidades terceiras.

Também aqui nos encontramos no âmbito no âmbito de prova sujeita a livre apreciação do julgador, como decorre dos artigos 389º do C.C e 489º do CPC e

Conforme Acórdão de Uniformização de Jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2024, de 25 de junho, publicado no [Diário da República n.º 121/2024, Série I de 2024-06-25](#), foi fixada jurisprudência quanto à natureza jurídica e a força probatória do “atestado médico de incapacidade multiuso”, emitido por uma Administração Regional de Saúde, neste sentido: “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”.

Tendo o autor, (o examinado) se sujeitado a avaliação médica perante estas duas diferentes entidades, que ademais concluíram por um grau de

incapacidade diverso, sob pena de ocorrer contradição entre a matéria de facto, quanto ao grau de incapacidade sofrido pelo autor, pensamos que a melhor técnica jurídica aponta para que, na elaboração da fundamentação de facto da sentença nos termos do artigo 607º nº 3 e 4 do CPC, fique tão-só a constar, o resultado de cada um daqueles exames médicos, transpondo-se apenas para a factualidade provada o resultado dos respetivos exames médicos, de molde a deixar ao julgador a necessária liberdade para a sua avaliação, enquanto meios de prova, na aplicação do direito ao caso.

Desta forma, procede parcialmente a impugnação, passando o facto jj) a ter a seguinte redação:

***jj) O Relatório da perícia de avaliação do dano corporal em direito civil datado de 12/09/2024, elaborado pelo IML; atribuiu ao autor uma incapacidade de 52%, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil - Anexo II, do DL 352/2007, de 23 de Outubro.***

Alega ainda o Apelante que, nasceu em 06/02/1975, tem mais de 50 anos à data da sentença, e, não foi reconvertível em relação ao seu posto de trabalho e não beneficiou da aplicação desse fator, pelo que se deverá aplicar o que deveria a sentença de 1ª Instância considerar - mas ignorou ou não considerou a bonificação mencionada no que consta no D.L.352/2007, de 23 Outubro, na Tabela Nacional de Incapacidades, nas Instruções Gerais, devendo por isso ser os 52 pontos de incapacidade atribuídos pelo Relatório Pericial do Instituto Nacional de Medicina Legal ser majorados em x1,5 de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, nas Instruções Gerais, na sua página 12.

Não assiste razão ao apelante, desde logo porquanto tendo-se em consideração a jurisprudência fixada no acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 16/2024 de 17.12.2024, [\[3\]](#) a bonificação em causa reporta-se à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, e não à Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil, pelo que não é aplicável à situação em apreço, já que nos situamos no domínio contratual civil e não no domínio do direito laboral, no apuramento de incapacidade decorrente de acidente de trabalho.

O apelante chama ainda a atenção para a existência de contradições de factos provados entre si, que pretende ver sanadas.

Tais contradições porém, não existem, sendo meramente aparentes.

Assim, quando no facto y) se afirma que o autor não apresentou à ré um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso com carácter definitivo, tal facto reportando-se á data de entrada em juízo da ação é verdadeiro, porquanto o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso com carácter definitivo só é emitido e apresentado no decurso da ação. Referimo-nos ao atestado referido no facto hh).

hh) A 10 de Abril de 2024 foi emitido por Junta Médica do Ministério da Saúde o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto a 11 de Abril de 2024, cujo teor se dá aqui por reproduzido, atribuindo ao autor, de acordo como a “TNI - Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei 352/2007, de 23 de Outubro”, um grau de incapacidade permanente global de 69%, sendo tal atestado definitivo.

Tal documento não constava assim da documentação entregue pelo autor à ré para instruir o seu pedido junto da seguradora, a que se reporta o facto y).

Inexiste ainda qualquer contradição entre os factos provados constantes das alíneas r) e t), nomeadamente o teor das cartas enviadas pela Ré ao Recorrente mencionarem: "... da análise dos documentos rececionados, concluímos que o grau de incapacidade de 72,80% atribuído a V.Exa. 12,80% são inerentes à Hernia Discal, patologia pré-existente e não declarada aquando da subscrição dos Contratos de Seguro de vida em 13 de Janeiro de 2010, pelo que atendendo à dedução desse grau concorrente, os restantes 60,00% de grau de incapacidade da patologia principal não são suficientes para acionar a cobertura complementar de invalidez, circunstância que impede o reconhecimento da Invalidez Permanente", com o facto provado na alínea p) com o seguinte teor: "Nenhuma das patologias tem diagnóstico anterior a 13 de Janeiro de 2010" (data da celebração do contrato de seguro).

É que não é julgado como provado o facto relatado nas referidas cartas pela seguradora ré, tão só que a mesma usou tal motivação (que aliás não logrou provar), para recusar o reconhecimento da invalidez.

Desta forma, da impugnação efetuada, altera-se apenas a redação do facto jj) nos moldes supra assinalados.

#### V - APLICAÇÃO DO DIREITO AOS FACTOS:

Está em causa neste recurso determinar se se mostram preenchidos os requisitos para o acionamento do seguro Ramo Vida, em que é tomador e beneficiário, o Banco 1..., S.A, seguradora a “A..., S.A.”, e o Autor e mulher, segurados, sendo que a adesão daqueles a este seguro ocorreu no âmbito de

dois contratos de mútuo para aquisição de habitação, nos montantes de 80.000,00 euros, empréstimo n.º ...13, e de 25.000,00 euros empréstimo n.º ...23;

O capital seguro, para cada cobertura e em cada ano da sua duração, corresponde ao valor do capital em dívida atualizado e até ao limite do capital seguro.

Este contrato de seguro foi celebrado com a finalidade de assegurar o cumprimento das obrigações assumidas pelo autor para com o Banco 1..., S.A num contrato de mútuo para aquisição de um imóvel, em caso de morte ou invalidez total e permanente por doença do autor, mutuário.

O contrato de seguro regula-se pelo seu regime jurídico aprovado pelo Decreto-lei nº 72/2008, de 16 de Abril, com entrada em vigor a 01 de Janeiro de 2009 (cfr artigo 7º do diploma preambular).

Nos termos do art.11º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (aprovado pelo DL nº 72/2008 de 16/4), “o contrato de seguro rege-se pelo princípio da liberdade contratual, tendo carácter supletivo as regras constantes do presente regime, com os limites indicados na presente secção e os decorrentes da lei geral.”

Com vista à liquidação pela seguradora do valor do débito contraído junto do Banco 1..., S.A., o autor participou à ré um sinistro por invalidez total e permanente a 6 de Julho de 2018, juntando relatórios médicos, entre eles, o relatório datado de 11 de Abril de 2018, subscrito pelo Sr. Dr. CC, junto com a petição inicial como documento n.º 7, bem como um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso atestando uma incapacidade, reavaliável, de 72,80%.

A ré seguradora rejeitou o pagamento na sequência da participação que lhe foi feita pelo autor, com o fundamento de que “o grau de incapacidade de 72,80% atribuído a V. Exa., 12,80% são referentes à Hérnia Discal, patologia pré-existente e não declarada aquando da subscrição dos Contratos de Seguro de Vida em 13 de janeiro de 2010, pelo que atendendo à dedução desse grau concorrente, os restantes 60,00% de grau de incapacidade da patologia principal não são suficientes para acionar a cobertura complementar de invalidez, circunstância que, nos termos acima descritos, impede o reconhecimento da Invalidez Total e Permanente.”

Na presente ação, tal como a sentença reconhece, ficou afastada a existência de qualquer patologia anterior do segurado, impeditiva do acionamento do

seguro nos moldes acordados, situação que motivou a recusa inicial da seguradora em proceder ao pagamento da quantia contratualmente acordada, o que significa que, nesta ação a ré seguradora não logrou demonstrar a existência de causa de exclusão do seguro que invocou perante o seu segurado para declinar o pagamento da indemnização.

Resta agora saber se o segurado, a quem compete o ónus da prova, nos termos do artigo 342º nº 1 do Código Civil, logrou demonstrar a situação contratualmente acordada entre as partes da ocorrência do sinistro, isto é a sua invalidade total e permanente, suscetível de determinar o pagamento pela ré seguradora ao beneficiário do capital em dívida atualizado e até ao limite do capital seguro, referente aos contratos de mútuo supra identificados.

Na sentença recorrida, o tribunal julgou improcedente a pretensão do autor, por, valorando o grau de incapacidade fixado no relatório pericial, entender que; “(..) *resulta dos factos provados que o grau de incapacidade de que o autor padece é de 52%, inferior, assim, ao exigido nas condições especiais da apólice de seguro, sendo certo que, estando incapaz para o exercício da sua atividade profissional (assentador de pavimentos), tal não se verifica em relação a qualquer outra atividade remunerada.*”

Vejamos se é ou não de manter este entendimento.

A resolução de qualquer litígio no âmbito de um determinado contrato de seguro supõe a análise da respetiva apólice, enquanto esta seja expressão das vontades negociais das partes, vontades estas que o tribunal terá que interpretar, designadamente para decidir se o sinistro ocorrido se mostra previsto/coberto pelo contrato de seguro em apreço e, por consequência, é devida a prestação a cargo da seguradora.

Para aferição do conteúdo do contrato, torna-se necessário atender ao objeto do seguro e aos riscos cobertos na apólice, e para determinar o âmbito do seguro é ainda necessário ter em conta as estipulações negociais que visam delimitar ou excluir certo tipo de riscos.

Relativamente ao conteúdo do contrato é usual distinguirem-se as “condições gerais” – que constituem o grupo essencial das cláusulas que regulam o contrato, definindo o tipo de seguro acordado - , as “ condições especiais ” – cláusulas que concretizam as cláusulas gerais, delimitando o tipo de seguro, nomeadamente excluindo certos aspectos do risco assumido pela seguradora -e as “condições particulares” – que se reportam à identificação do segurado (por norma, o tomador do seguro) e ao objeto do seguro. [4]

Para a liquidação do sinistro pela seguradora ter-se-á de analisar o tipo de seguro, o risco que foi assumido, o montante segurado, a eventual existência de franquia e as cláusulas de determinação da prestação.

“Por efeito do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando-se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente”(art. 1º RJCS).

“ O sinistro corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato.”(art. 99º do RJCS).

Com efeito, o contrato de seguro está associada a ideia de risco, i.e à ocorrência de um evento futuro e incerto causador de danos (sinistro), e de repartição ou transferência desse risco para outrem, mediante uma determinada contrapartida.

Pedro Romano Martinez, [\[5\]](#) define o contrato de seguro como o contrato aleatório por via do qual uma das partes (seguradora) se obriga, mediante o recebimento de um prémio, a suportar um risco, liquidando o sinistro que venha a ocorrer.

Ainda, perfilhando a mesma conceção, Moitinho de Almeida [\[6\]](#) define o contrato de seguro como o contrato em que uma das partes, o segurador, compensando segundo as leis da estatística um conjunto de riscos por ele assumidos, se obriga, mediante o pagamento de uma soma determinada, a, no caso de realização do risco, indemnizar o segurado pelos prejuízos sofridos, ou tratando-se de evento relativo à vida humana, entregar um capital ou renda, ao segurado ou a terceiro, dentro dos limites convencionalmente estabelecidos, ou a dispensar o pagamento dos prémios tratando-se de prestação a realizar em data determinada.

Ao nível da jurisprudência também estas noções têm merecido acolhimento uniforme. [\[7\]](#)

O seguro de grupo, categoria em que se insere o seguro dos autos, por sua vez, designa o seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não seja o de segurar, sendo o tomador do seguro a entidade que celebra o contrato com a

seguradora, o beneficiário a pessoa a favor de quem reverte a prestação da seguradora e segurado a pessoa no interesse da qual o contrato é celebrado ou a pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura.

Portanto, no caso em apreço, tal como entendeu na sentença sob recurso, a instituição bancária de quem o autor obteve o financiamento assumirá a dupla veste de tomador do seguro e beneficiário do contrato.

Estamos assim perante um acordo pelo qual a ré “A..., SA”, se vinculou a entregar ao tomador e beneficiário, o réu “Banco 1..., SA”, o capital em dívida no âmbito de contrato de mútuo, verificado que fosse determinado facto (morte ou invalidez total e permanente do autor).

Atenta a circunstância de os autores terem aderido ao clausulado, bem como ao facto de a aqui ré “A..., SA”, também expressamente ter reconhecido a eficácia de tal adesão (emitindo o competente certificado de seguro), conclui-se que, no próprio plano do acordo de vontades, a ré “A..., SA”, aceitou ser juridicamente devedora de determinada prestação perante os mutuários, vinculação que estes também aceitaram, verificados que fossem determinados requisitos.

Quanto á ocorrência do sinistro, José Engrácia Antunes, [\[8\]](#) definindo o conceito de sinistro como “a verificação, total ou parcial, do evento ou eventos compreendidos no risco coberto pelo contrato de seguro”, prossegue referindo que o mencionado conceito “reporta-se assim genericamente à ocorrência daquele facto ou conjunto de factos que, desencadeando a garantia contratual de cobertura do risco, origina para o segurador o dever fundamental de realizar a prestação convencionada”.

O contrato de seguro dos autos rege-se pelas condições gerais, especiais e particulares cujas cópias constam dos autos.

Nos termos do Artigo 1º, alínea e), das Condições Especiais – Cobertura Complementar – Invalidez Total e Permanente, para efeitos desta cobertura complementar, considera-se Invalidez Total e Permanente, a seguinte situação contratualmente aceite pelas partes: *“A Pessoa segura encontra-se em situação de Invalidez Total e Permanente se, em consequência de doença ou acidente, estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprováveis, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde de acordo com os conhecimentos médicos atuais, nomeadamente quando desta invalidez resultar paralisia de metade do corpo, perda do uso*

*dos membros superiores ou inferiores em consequência de paralisia, cegueira completa ou incurável, alienação mental e toda e qualquer lesão por desastre ou agressões em que haja perda irremediável das faculdades e capacidade de trabalho, devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, ser superior a 66% que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%”.*

Importa pois determinar se se mostram demonstrados os pressupostos exigidos nesta cláusula necessários para fazer funcionar a cobertura complementar – Invalidez Total e Permanente, acordada entre as partes.

Como refere Pedro Romano Martinez [9] “Perante qualquer negócio jurídico é sempre necessário determinar o sentido relevante das suas cláusulas. A hermenêutica de cláusulas de um negócio jurídico é imprescindível, ainda que da leitura das mesmas não resulte qualquer ambiguidade, mas, em relação ao contrato de seguro, a interpretação tem uma relevância acrescida por via da frequente complexidade e do elevado número de cláusulas como da pluralidade de documentos (condições gerais, condições especiais, condições particulares, etc.), que normalmente integram este negócio jurídico.”

Portanto, em sede de interpretação do contrato de seguro, avultará, como principal critério, o critério previsto no art. 236º do Código Civil.

Uma incapacidade para o trabalho de 100%, ou uma inabilidade laboral assim equiparada (incapacidade superior a 66%, como contratualmente foi acordado), faz impossibilitar a pessoa de usufruir o seu usual cargo funcional, tudo se passando, neste contexto, como se lhe tivesse sido retirada, irreversivelmente, a possibilidade de assegurar a remuneração que anteriormente lhe advinha e consequentemente, no caso em apreço de poder continuar a suportar as prestações do contrato de mútuo.

Quando o autor faz a participação do sinistro à ré seguradora, a sua incapacidade não era ainda considerada medicamente considerada como definitiva, sendo que a cláusula contratual citada exige, para poder ser acionado o seguro, uma incapacidade definitiva de exercer uma atividade remunerada, o que bem se comprehende na economia do contrato.

Com efeito, como bem se comprehende, para efeitos dum risco coberto por seguro, não poderia bastar uma qualquer redução da capacidade de trabalho, nem uma impossibilidade de exercer qualquer atividade se esta não for remunerada, pois que se assim fosse não se considerariam os interesses da seguradora, mas apenas os interesses da pessoa segurada. O risco coberto

seria desmesurado. A seguradora não teria aceite celebrar o seguro para todo esse risco, nem a boa fé o imporia. [\[10\]](#)

Acontece que, já no decurso desta ação, o autor é sujeito a uma nova Junta Médica, sendo que a 10 de Abril de 2024 foi emitido por Junta Médica do Ministério da Saúde o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso junto a 11 de Abril de 2024, que atesta que, “de acordo com a “TNI – Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei 352/2007, de 23 de Outubro, o utente é portador de deficiência que, nesta data e conforme o quadro seguinte, lhe confere uma incapacidade permanente global de 69%”, atestando tal grau ser “definitivo”.

Com este atestado médico o autor logrou provar que o grau de desvalorização de que que padece reveste natureza definitiva ou permanente.

Acresce que nesta data também o autor requerera já na Segurança Social a pensão de invalidez, pedido que foi deferido, tendo sido considerado uma situação de Invalidez relativa a partir de 2 de Julho de 2020, data a partir da qual lhe foi atribuída uma pensão.

Ora, na carta que a ré seguradora remeteu ao autor datada de 23 de Novembro de 2018 (cfr. facto r), após recursar acionar a cobertura com fundamento na existência de patologia anterior, afirma o seguinte: “*Ficamos, no entanto, disponível para reanalisar este assunto em presença de novos documentos que possam reconhecer a atribuição da incapacidade nas condições acima referidas, nomeadamente, Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, atualizado, com indicação do grau de incapacidade que lhe foi atribuído, deduzido do grau de incapacidade relativo à Hérnia Discal, bem como Documento da Segurança Social ou outra Entidade Oficial que comprove a incapacidade para exercer qualquer atividade profissional remunerada e consequente atribuição de pensão de invalidez, desde que as apólices continuem ativas e com os prémios pagos.*”.

A Ré aceita assim expressamente que a demonstração da incapacidade pelo segurado seja feita mediante Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, pelo que se nos afigura que a exigência de tal demonstração pela via de exame pericial realizado pelo IML, vai além daquilo que foi contratualmente aceite por ambas as partes.

A cláusula contratual em análise, com efeito, não impõe que a incapacidade do segurado seja aferida em sede de exame pericial de avaliação do dano em direito civil, exigindo tão-só que o *grau de desvalorização, deva ser feito com*

*base na Tabela Nacional de Incapacidades*, requisito que é cumprido com o atestado médico de incapacidade multiuso datado de 10.4.2024.

De acordo com a cláusula sob análise, “*devendo em qualquer caso o grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, ser superior a 66% que, para efeitos desta cobertura, é considerado como sendo igual a 100%*”, com este Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, logrou o autor demonstrar perante a seguradora a ocorrência do sinistro, uma vez que, nos termos contratualmente acordados, um grau de desvalorização, feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, ser superior a 66% corresponde a uma incapacidade total de 100%.

O grau de desvalorização que consta em tal atestado, é feito com base na Tabela Nacional de Incapacidades, dessa forma correspondendo á exigência contratual constante da cláusula - Artigo 1º, alínea e), das Condições Especiais - Cobertura Complementar - Invalidez Total e Permanente.

Temos assim demonstrada a exigência contratual da existência de uma situação de Invalidez Total e Permanente, em consequência de doença ou acidente, que implique uma incapacidade para exercer a profissão habitual.

Acontece que a cláusula em análise refere-se a uma incapacidade nos seguintes termos: “*estiver total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada*”.

Impõe-se proceder agora á interpretação desta cláusula no sentido de se aferir se a mesma exige uma incapacidade do segurado exercer toda e qualquer atividade remunerada, ou apenas toda e qualquer atividade remunerada, compatível com os seus conhecimentos e aptidões.

Invalidez, para efeitos de risco coberto por um seguro, tem que ser um estado de uma pessoa que a incapacite, completa e definitivamente, de exercer a sua profissão (entendida esta como atividade remunerada).

Pensamos que o sentido que um declaratário normal, colocado na posição do real declaratário, no caso o autor, pode deduzir no comportamento do declarante (art. 236º, n.º 1 do CC) e que tem correspondência com o texto do respetivo documento (art. 238º, n.º 1 do CC), é que estaria abrangida na cobertura do contrato de seguro a doença (ou acidente) que o deixasse total ou definitivamente incapaz para o exercício de uma atividade remunerada, isto é para exercer a sua profissão ou outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões. em termos de obtenção de meios de

subsistência, podendo obrigar a seguradora a ter que assumir o encargo indemnizatório perante o banco mutuante.

Não podemos ainda esquecer que estamos perante um contrato de adesão, uma vez que o autor e a mulher, na qualidade de pessoas seguras, limitaram-se a aderir ao contrato predisposto pelo segurador e pelo banco mutuante, sem possibilidades de negociação do seu conteúdo.

Sendo certo que as cláusulas de delimitação dos riscos assumidos (assim como as de exclusão de certos riscos) são, em princípio, válidas (constitui a liberdade contratual um dos princípios básicos do direito privado, como resulta do Cód. Civil e é expressamente referido no preâmbulo do DL. n.º 446/85, de 25-10), também é certo que as mesmas estão sujeitas ao regime das cláusulas contratuais gerais (DL n.º 446/85, de 25-10) e à Lei do Consumidor, de acordo com a qual “os fornecedores estão obrigados à não inclusão de cláusulas em contratos singulares que originem significativo desequilíbrio em detrimento do consumidor” (art. 9.º, n.º 2, b), da Lei n.º 24/96, de 31-07).

Como expresso no art. 1º do DL. 446/85, “2 - O presente diploma aplica-se igualmente às cláusulas inseridas em contratos individualizados, mas cujo conteúdo previamente elaborado o destinatário não pode influenciar.

Assim sendo, no que diz respeito à interpretação e integração das declarações negociais estabelece o art. 10º do citado Decreto-Lei n.º 446/85 que “[a]s cláusulas contratuais gerais são interpretadas e integradas de harmonia com as regras relativas à interpretação e integração dos negócios jurídicos, mas sempre dentro do contexto de cada contrato singular em que se incluam”.

Quer isto dizer que a interpretação das cláusulas contratuais gerais faz-se, em princípio, segundo as regras gerais de interpretação das declarações negociais previstas nos arts. 236º a 238º do Código Civil, atendendo ao circunstancialismo específico do contrato interpretando em que as cláusulas se inserem. A atendibilidade de todos os elementos e circunstâncias que caracterizam o contrato e a sua elaboração tem a função de chamar à colação todos os elementos que conduzam a um resultado interpretativo adequado à ratio da tutela legal da posição do aderente [\[11\]](#).

E na interpretação dos contratos em geral e da cláusula legal em apreço, tem de ser tido em conta o sentido que melhor corresponda à sua natureza e objeto, sendo que utilizando tal interpretação finalista [\[12\]](#), a situação que se pretende cautelar é a do segurado, mutuante, perder, em consequência de

acidente ou de doença, a sua capacidade de ganho que lhe permitia cumprir com as obrigações assumidas perante o banco mutuante.

O contrato de seguro foi celebrado para a situação de, por força de doença e consequente perda de rendimentos, algum ou ambos os mutuantes deixarem de poder cumprir com as obrigações assumidas perante o banco mutuante, no caso o Banco 1..., SA.

Na situação em apreço, entendemos que a inaptidão para o trabalho, para o exercício de atividade remunerada, exigida na cláusula em apreço, não pode ter o sentido de toda e qualquer atividade remunerada, mas antes atividade remunerada enquadrável nos conhecimentos e aptidões do segurado.

Na situação em apreço, em consequência de acidente de trabalho, o autor sofreu lesão na lombar, doença que progressivamente o foi incapacitando de exercer a sua atividade profissional, encontrando-se numa situação de incapacidade total e absoluta para o exercício da profissão que exercia de assentador de pavimento.

Ora, o segurado, como se pode ler no relatório médico, tem o 6º ano de escolaridade, tem agora 50 anos, sendo que a sua profissão implica o uso do esforço e força física na montagem dos pavimentos, mostrando-se por isso igualmente incapaz para exercer uma outra atividade remunerada enquadrável nos seus conhecimentos e aptidões, situados no âmbito da construção civil, atividade que implica destreza física que o sinistrado deixou de possuir em consequência da doença de que padece.

E na verdade, resulta da matéria de facto provada que, atentas as limitações físicas de que padece, recorreu já à proteção conferida pelo Estado, através do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio, que estabelece o regime de proteção nas eventualidades de invalidez e velhice para os beneficiários do regime geral da Segurança Social em Portugal, passando a ser pensionista.

Ora, por um lado na interpretação dos contratos em geral e da cláusula legal em apreço, tem de ser tido em conta o sentido que melhor corresponda à sua natureza e objeto, sendo que utilizando tal interpretação finalista [\[13\]](#), a situação que se pretende cautelar é a do segurado, mutuante, perder, em consequência de acidente ou de doença, a sua capacidade de ganho que lhe permitia cumprir com as obrigações assumidas perante o banco mutuante.

Isto para dizer que, apesar de não ter ficado provado uma incapacidade absoluta para o exercício de “toda e qualquer profissão”, resulta das

limitações físicas do segurado uma incapacidade absoluta para o exercício de uma profissão ou atividade remunerada equivalente àquela que era exercida pelo segurado.

A não se entender assim, teríamos de concluir que a exigência de uma incapacidade para “toda e qualquer profissão remunerada”, nas variadíssimas áreas de atividade profissional, mostrar-se-ia desproporcionada, favorecendo de forma excessiva, a posição contratual do predisponente e prejudicando inequitativa e danosamente a do aderente. [\[14\]](#)

Podemos assim concluir que o ora apelante logrou demonstrar que se encontra em situação de invalidez total e permanente em consequência de doença, estando total e definitivamente incapaz de exercer uma atividade remunerada, no âmbito das suas competências profissionais, com fundamento em sintomas objetivos, que foram clinicamente comprovados, sendo o grau de desvalorização, feito com base na tabela nacional de incapacidades, ser superior a 66%, o que, para efeitos da cobertura deste seguro é considerado como sendo igual a 100%.

Assim sendo, verificada a ocorrência do sinistro, terá a ré seguradora, que proceder ao pagamento do capital acordado e é a partir desta data que nasce a obrigação da ré de proceder ao pagamento acordado.

Considerando que o atestado médico de incapacidade multiuso atesta a que o grau definitivo de incapacidade do autor de 69% se verifica desde 2022, sendo o atestado datado de 10.4.2024, entendemos que a data de ocorrência do sinistro se verificou em 10.4.2022, data a partir da qual devem ser liquidadas ao Banco 1..., SA as quantias devidas, peticionadas, correspondentes à liquidação integral do crédito imobiliário complementar ao contrato de seguro, devolvendo ainda a ré ao autor o valor das mensalidades no contrato e mútuo que o autor suportou posteriormente a essa data, com valor sujeito a liquidação posterior, vencendo tal quantia juros de mora contado à taxa supletiva legal fixada na Portaria 291/2003, até integral pagamento.

## VI - DECISÃO:

Pelo exposto e em conclusão acordam os Juízes que compõem este tribunal da Relação em julgar parcialmente procedente o recurso e em revogar a sentença recorrida, condenando-se a ré a pagar ao “Banco 1..., SA”, o montante que, à data da prolação deste acórdão estiver em dívida do empréstimo feito pelo “Banco 1..., SA”, pagando diretamente aos autores a diferença entre o capital seguro, na data da ocorrência do sinistro (10.04.2022), e o que estiver em

dívida do empréstimo obtido junto do “Banco 1..., SA”, acrescido de juros legais desde a citação e até ao efetivo pagamento, tudo sujeito a liquidação posterior, nos termos do artigo 609º nº 2 do CPC.

Custas por ambas as partes na proporção do decaimento.

Porto, 16 de janeiro de 2026.

Alexandra Pelayo

Alberto Taveira

Pinto dos Santos

---

**[1]** Abrantes Geraldes, In “Recursos no Novo Código de Processo Civil”, pág. 266 “ A Relação atua como Tribunal de substituição quando o recurso se funda na errada apreciação dos meios de prova produzidos, caso em que se substitui ao tribunal de primeira Instância e procede à valoração autónoma dos meios de prova. Confrontada com os mesmos elementos com que o Tribunal a quo se defrontou, ainda que em circunstâncias não totalmente coincidentes, está em posição de formular sobre os mesmos um juízo valorativo de confirmação ou alteração da decisão recorrida... ”;

**[2]** Miguel Teixeira de Sousa in “Estudos Sobre o Novo Processo Civil”, Lex, 1997, p. 348.

**[3]** O acórdão do STJ citado fixa a seguinte jurisprudência : “A bonificação do fator 1.5 prevista na alínea a) do n.º 5 das Instruções Gerais da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, é aplicável a qualquer sinistrado que tenha 50 ou mais anos de idade, quer já tenha essa idade no momento do acidente, quer só depois venha a atingir essa idade, desde que não tenha anteriormente beneficiado da aplicação desse fator; 2. O sinistrado pode recorrer ao incidente de revisão da incapacidade para invocar o agravamento por força da idade e a bonificação deverá ser concedida mesmo que não haja revisão da incapacidade e agravamento da mesma em razão de outro motivo.”

**[4]** Nesta matéria ver Pedro Romano Martinez, Direito dos Seguros,

pág. 82..

[\*\*\[5\]\*\* In loc cit pg 51.](#)

[\*\*\[6\]\*\* In o Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado, Livraria Sá da Costa Editora, Lisboa, 1971, pág. 23.](#)

[\*\*\[7\]\*\* De que são exemplos o AC STJ de 21.04.2009, processo 09A0449, o AC STJ de 9.10.2008, processo 08B2673, e o AC RP de 30.04.2009, processo 0837900, todos disponíveis in \[www.dgsi.pt\]\(http://www.dgsi.pt\).](#)

[\*\*\[8\]\*\* in "Direito dos Contratos Comerciais", Almedina, 2014, pág. 715.](#)

[\*\*\[9\]\*\* Obra citada, pg 83.](#)

[\*\*\[10\]\*\* Ver acórdão do TRG de 13.9.2018 proferido no P 428/17.7T8FAF.G1, disponível in \[www.dgsi.pt\]\(http://www.dgsi.pt\).](#)

[\*\*\[11\]\*\* Cfr. Ana Prata, \*\*Contrato de Adesão e Cláusulas Contratuais Gerais\*\*, Almedina, 2010, p. 297.](#)

[\*\*\[12\]\*\* Ver Moitinho de Almeida in \*\*Seguros, Estudos\*\*, Coimbra Editora pg. 126 e ss, a utilização deste critério interpretativo no domínio dos seguros e sua utilização pelos tribunais.](#)

[\*\*\[13\]\*\* Ver Moitinho de Almeida in \*\*Seguros, Estudos\*\*, Coimbra Editora pg. 126 e ss, a utilização deste critério interpretativo no domínio dos seguros e sua utilização pelos tribunais.](#)

[\*\*\[14\]\*\* Ver acórdão do STJ de 14-02-2023, no processo 1117/20.0T8VIS.C1.S1 disponível in loc citado, onde se entendeu que a exigência cumulativa de uma incapacidade funcional de 60% era desproporcionada para uma médica dentista, incapacitada, sendo dextra de usar a sua mão direita.](#)