



A C Ó R D Ã O 8^a

Turma

GMSPM/lmc/

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AGRAVO INTERNO. AGRADO DE INSTRUMENTO EM

RECURSO DE REVISTA. NULIDADE

PROCESSUAL POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.

MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO. A embargante não aponta nenhuma das hipóteses de cabimento dos embargos de declaração previstas nos arts. 1.022 do CPC e 897A da CLT. A argumentação da embargante evidencia somente o seu descontentamento com o julgamento desta Turma sobre as matérias em epígrafe e a intenção de obter nova manifestação sobre elas. **Embargos de declaração a que se nega provimento.**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Embargos de Declaração Cível em Agravo em Recurso de Revista com Agravo** nº **TST-EDCiv-Ag-RRAg - 100527-85.2019.5.01.0051**, em que é Embargante -----e é Embargado(a) **BANCO BRADESCO S.A..**

Inconformada com o acórdão mediante o qual a Oitava Turma do TST negou provimento ao seu agravo interno em agravo de instrumento, a reclamante opõe embargos de declaração.

É o relatório.

VOTO

a) Conhecimento

Conheço dos embargos de declaração porque atendidos os pressupostos legais de admissibilidade.

b) Mérito

Por decisão monocrática, o Relator denegou provimento ao agravo de instrumento da reclamante, com base nos seguintes fundamentos:

“A parte agravante renova o inconformismo acerca da matéria “**NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL**”. Alega que o Tribunal Regional foi omissa quanto ao a) nexo causal entre o labor e a doença adquirida e b) o comprometimento da capacidade laborativa de forma parcial e definitiva.

Na fração de interesse, consta do acórdão:

“Ainda assim, compulsando os documentos presentes no SAPWEB, referente ao processo físico 0001288-15.2011.5.01.0011, verifica-se que a sentença aponta que o laudo não reconheceu o labor como único fator que contribuiu para a doença: Dessa forma, tem-se que o trabalho desempenhado pela reclamante para a reclamada pode não ter sido o único, face o caráter multifuncional da doença, mas foi fator decisivo para o adoecimento do reclamante. (...) PENSÃO VITALÍCIA OU INDENIZAÇÃO SUBSTITUTIVA Improcede o pedido, já que restou provada que a incapacidade não afeta as atividades laborais.

[...]

O Acórdão, que reformou parcialmente a sentença, reduziu a indenização por danos morais, exatamente por não ser a única causa contributiva, bem como fixou pensionamento somente até o fim do benefício previdenciário, já que a incapacidade não era total para o trabalho.

Diante do exposto, entendo que a autora não se desincumbiu de seu ônus probatório de comprovar os elementos da responsabilidade civil de forma suficiente para que a ré lhe indenize de forma vitalícia, por meio de pagamento de plano de saúde, já que não é possível verificar, somente pela análise das decisões, o efetivo nexo causal e a real dimensão do dano”.

Como se observa, é possível extrair da decisão regional o reconhecimento da concausa entre o labor e a lesão adquirida, pelo que não há que se falar em nulidade do julgado. De outro lado, ainda que haja o explícito reconhecimento da incapacidade parcial e definitiva da trabalhadora, como pretende a reclamante, a união desses dois aspectos não conduzem necessariamente ao acolhimento do pleito relacionado à condenação de manutenção de plano de saúde vitalício, como ficará evidente no exame do mérito da questão no tópico precedente.

Assim, não há que se declarar nulidade do julgado por negativa de prestação jurisdicional, porque as alegações da parte a quem aproveitaria a nulidade, são insuficientes à reforma da decisão, da forma como pretendida pela parte ora agravante.

Denego seguimento.

A agravante insiste no processamento do recurso de revista em relação ao tema “**PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO**”. Alega que, em síntese, que, sendo inequívocos o nexo de causalidade entre a doença e o labor, bem como a redução parcial e definitiva da sua capacidade laboral, faz jus à manutenção vitalícia do plano de saúde. Afirma que “*comprovado o dano, o nexo causal e a incapacidade laboral, o deferimento do plano de saúde vitalício às expensas da ré é o único caminho a se trilhar*”. Aponta violação dos arts. 186, 949 e 950 do CC.

A responsabilização integral da reclamada pelo custeio do plano de saúde justifica-se nos casos em que há constatação de que foi sua conduta que deu causa ao surgimento da enfermidade ocupacional que resultou na incapacidade laborativa parcial e permanente do empregado. Tal medida encontra amparo nos princípios da restituição in integrum e da restauração do status quo ante, conforme previsto nos artigos 949 e 950 do Código Civil.

Mas não é só, o art. 949 do Código Civil prevê expressamente o dever de indenizar pelas despesas médicas até o término da convalescência, mas é do reclamante o ônus de comprovar a

necessidade de tratamento médico continuado ou que as sequelas existentes demandam cuidados médicos permanentes. Isso porque o fato de o autor ter sequelas parciais e permanentes para o seu ofício não implica dizer que necessitará vitaliciamente de tratamento médico.

No caso, não consta do acórdão regional qualquer premissa fática que indique a necessidade de tratamento médico contínuo em razão da enfermidade adquirida e nem a agravante faz qualquer menção à natureza da lesão e aos quais potenciais tratamentos que seriam necessários.

Diante disso, mostra-se inviável a reforma do acórdão e consequente condenação da reclamada ao custeio vitalício de plano de saúde, por ausência de respaldo fático necessário à configuração do dever de indenizar nessa extensão.

Nesse mesmo sentido:

“RECURSO DE EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA REGIDO PELA LEI Nº 13.015/2014. RESPONSABILIDADE CIVIL DO EMPREGADOR. ACIDENTE DE TRABALHO. DANOS MATERIAIS CAUSADOS AO EMPREGADO. OBRIGAÇÃO DE INSTITUIR PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO. ARTIGOS 949 E 950 DO CÓDIGO CIVIL. Discute-se, no caso dos autos, se os artigos 949 e 950 do Código Civil impõem ao ofensor a obrigação de fornecer plano de saúde vitalício diante da ocorrência de acidente de trabalho em que se verificou a incapacidade permanente do autor para exercer o seu ofício ou profissão. Em se tratando de lesão ou outra ofensa à saúde, reconhecido o nexo causal com o trabalho, surge o dever de reparação integral e a regra prevista no artigo 949 do Código Civil impõe que alcance todas as despesas daí decorrentes, ainda que não identificadas de imediato. Não seria razoável supor que o legislador, ao atribuir ao devedor o ônus de ressarcir todos os gastos relacionados à lesão ou outra ofensa à saúde, inclusive à sua progressiva e natural evolução ou involução, vinculasse a reparação à prévia realização dos gastos por parte da vítima, o que poderia significar até mesmo o esvaziamento do alcance da norma, mormente quando se vislumbra a possibilidade de não ter, ela, condições de custeá-las. Some-se a isso a possibilidade de formulação de pedido genérico para o caso de danos emergentes, como na hipótese de despesas decorrentes de doenças. Por outro lado, o acesso ao serviço público de saúde não desonera o empregador de sua responsabilidade, especialmente quando se considera a notória precariedade do atendimento, apesar dos relevantes e inestimáveis serviços que prestam à população brasileira. Obrigar o empregado a se utilizar da ineficiente assistência médica estatal para se recuperar de dano oriundo do trabalho prestado em prol do empregador e para o qual este concorre com culpa, significaria transferir sua responsabilidade para o trabalhador e para o Estado, em rota direta de colisão com o dever de reparação legalmente fixado. Nesse cenário, entende-se possível, em princípio, com esteio no Princípio da Reparação Integral, o deferimento do pedido de instituição de plano de saúde em favor de empregado vítima de acidente de trabalho ou doença a ele equiparada, como, por exemplo, nas hipóteses em que ficar comprovado nos autos tratar-se de doença sistêmica, a qual afeta uma série de órgãos ou tecidos ou o corpo humano como um todo e, por isso, demanda a necessidade de tratamento multidisciplinar ou multiprofissional, razão pela qual a falta de previsão contratual ou normativa não afasta, per se, a pretensão, considerando o referido princípio norteador da responsabilidade civil. Resta, assim, examinar o caso concreto. Con quanto o ordenamento jurídico não fixe forma pré-definida para o pagamento das despesas médicas, o que confere ao magistrado certa margem para que avalie, caso a caso, o melhor modo de dar efetividade à determinação inserta nos artigos 949 e 950 do Código Civil. Na hipótese dos autos, não é razoável impor à empregadora a obrigação de instituir plano de saúde de modo vitalício apenas com base na alegação genérica de “tratamento com necessidade de acompanhamento médico”. Com efeito, sequer foi noticiado qual seria o tratamento médico de que necessita o autor, muito menos demonstrada, por exemplo, a necessidade de tratamento médico continuado ou que as sequelas existentes demandariam cuidados médicos permanentes, uma vez que o fato de o autor estar permanentemente incapacitado para o seu ofício ou profissão não implica dizer que necessitará vitaliciamente de tratamento médico. À mingua de tal demonstração, o indeferimento da pretensão formulada é medida que se impõe. Recurso de embargos conhecido e não provido” (E-RR-907-68.2012.5.05.0493, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Claudio Mascarenhas Brandao, DEJT 18/03/2022 – destaque acrescido).

Pelo exposto, o processamento do apelo esbarra no óbice da Súmula 126 do TST. Não reconheço a transcendência da causa em qualquer de suas modalidades. **Denego seguimento ao agravo de instrumento**.

Interposto agravo interno, esta Oitava Turma negou provimento ao apelo da reclamante, nos seguintes termos:

“b.1 NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

A parte agravante aduz nulidade por negativa de prestação jurisdicional. Sustenta que o acórdão regional foi omisso em relação a diversos aspectos relacionados ao adoecimento da autora e da perda de sua capacidade laborativa. Afirma que “*é incontrovertida a redução definitiva da capacidade laborativa da ora Agravante, bem como que o trabalho foi decisivo para o adoecimento que culminou nessa perda*”.

Conforme consta da decisão monocrática que denegou seguimento ao agravo de instrumento, não houve falta de fundamentação no julgado, tampouco negativa de prestação jurisdicional.

A reclamante pretende a condenação da reclamada ao pagamento de plano de saúde vitalício.

A Corte de origem examinou as questões que lhe foram submetidas à apreciação e registrou que, embora tenha sido constatada a existência de nexo concausal entre o labor e o dano, não há evidencia de que a autora necessite realizar constante tratamento médico a justificar a condenação de plano de saúde vitalício mantido pela ex-empregadora.

As questões levantadas pela parte reclamante foram devidamente examinadas no acórdão regional, como, aliás, reconhecido pela própria agravante na minuta do seu agravo interno: “*o v. acórdão regional registra TODAS as premissas fáticoprobatórias para o confronto analítico ao disposto nos artigos 186, 949 e 950 do CC/2002*” (fl. 18 – documento sequencial eletrônico nº 26).

Na realidade, a insurgência é contra o posicionamento adotado pelos julgadores no exame da matéria controvertida. Contudo, a discordância quanto à decisão proferida ou a adoção de posicionamento contrário aos interesses da parte não são causa de nulidade processual.

Por fim, a omissão sobre fato irrelevantes ao deslinde da controvérsia não dá azo à nulidade pretendida.

Nesse contexto, **nego provimento** ao agravo.

b.2 MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO

A agravante alega que, sendo inequívocos o nexo de causalidade entre a doença e o labor, bem como a redução parcial e definitiva da sua capacidade laboral, faz jus à manutenção vitalícia do plano de saúde. Afirma que “comprovado o dano, o nexo causal e a incapacidade laboral, o deferimento do plano de saúde vitalício às expensas da ré é o único caminho a se trilhar”.

No caso, a agravante não faz qualquer menção à natureza da lesão, nem à necessidade de tratamento médico contínuo em razão da enfermidade adquirida, a justificar a condenação à manutenção de plano de saúde vitalício.

A Subseção I Especializada em Dissídios Individuais desta Corte já decidiu que o fato de o autor estar permanentemente incapacitado para o seu ofício ou profissão não implica que necessitará vitalicamente de tratamento médico. O pleito relacionado ao pagamento perene de plano de saúde por parte do empregador pressupõe a demonstração da necessidade de tratamento médico continuado ou cuidados médicos permanentes.

A título ilustrativo:

"RECURSO DE EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA REGIDO PELA LEI Nº 13.015/2014. RESPONSABILIDADE CIVIL DO EMPREGADOR. ACIDENTE DE TRABALHO. DANOS MATERIAIS CAUSADOS AO EMPREGADO. OBRIGAÇÃO DE INSTITUIR PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO. ARTIGOS 949 E 950 DO CÓDIGO CIVIL. Discute-se, no caso dos autos, se os artigos 949 e 950 do Código Civil impõem ao ofensor a obrigação de fornecer plano de saúde vitalício diante da ocorrência de acidente de trabalho em que se verificou a incapacidade permanente do autor para exercer o seu ofício ou profissão. Em se tratando de lesão ou outra ofensa à saúde, reconhecido o nexo causal com o trabalho, surge o dever de reparação integral e a regra prevista no artigo 949 do Código Civil impõe que alcance todas as despesas daí decorrentes, ainda que não identificadas de imediato. Não seria razoável supor que o legislador, ao atribuir ao devedor o ônus de ressarcir todos os gastos relacionados à lesão ou outra ofensa à saúde, inclusive à sua progressiva e natural evolução ou involução, vinculasse a reparação à prévia realização dos gastos por parte da vítima, o que poderia significar até mesmo o esvaziamento do alcance da norma, mormente quando se vislumbra a possibilidade de não ter, ela, condições de custeá-las. Some-se a isso a possibilidade de formulação de pedido genérico para o caso de danos emergentes, como na hipótese de despesas decorrentes de doenças. Por outro lado, o acesso ao serviço público de saúde não desonera o empregador de sua responsabilidade, especialmente quando se considera a notória precariedade do atendimento, apesar dos relevantes e inestimáveis serviços que prestam à população brasileira. Obrigar o empregado a se utilizar da ineficiente assistência médica estatal para se recuperar de dano oriundo do trabalho prestado em prol do empregador e para o qual este concorreu com culpa, significaria transferir sua responsabilidade para o trabalhador e para o Estado, em rota direta de colisão com o dever de reparação legalmente fixado. Nesse cenário, entende-se possível, em princípio, com esteio no Princípio da Reparação Integral, o deferimento do pedido de instituição de plano de saúde em favor de empregado vítima de acidente de trabalho ou doença a ele equiparada, como, por exemplo, nas hipóteses em que ficar comprovado nos autos tratar-se de doença sistêmica, a qual afeta uma série de órgãos ou tecidos ou o corpo humano como um todo e, por isso, demanda a necessidade de tratamento multidisciplinar ou multiprofissional, razão pela qual a falta de previsão contratual ou normativa não afasta, per se, a pretensão, considerando o referido princípio norteador da responsabilidade civil. Resta, assim, examinar o caso concreto. Conquanto o ordenamento jurídico não fixe forma pré-definida para o pagamento das despesas médicas, o que confere ao magistrado certa margem para que avalie, caso a caso, o melhor modo de dar efetividade à determinação inserta nos artigos 949 e 950 do Código Civil. Na hipótese dos autos, não é razoável impor à empregadora a obrigação de instituir plano de saúde de modo vitalício apenas com base na alegação genérica de "tratamento com necessidade de acompanhamento médico". Com efeito, sequer foi noticiado qual seria o tratamento médico de que necessita o autor, muito menos demonstrada, por exemplo, necessidade de tratamento médico continuado ou que as sequelas existentes demandariam cuidados médicos permanentes, uma vez que o fato de o autor estar permanentemente incapacitado para o seu ofício ou profissão não implica dizer que necessitará vitalicamente de tratamento médico. À míngua de tal demonstração, o indeferimento da pretensão formulada é medida que se impõe. Recurso de embargos conhecido e não provido" (E-RR-907-68.2012.5.05.0493, **Subseção I Especializada em Dissídios Individuais**, Relator Ministro Claudio Mascarenhas Brandao, DEJT 18/03/2022)

Por todo o exposto, há que ser mantida a decisão monocrática em que se denegou seguimento ao recurso de revista.

Submeto, pois, tal conclusão à elevada consideração do órgão colegiado, tudo nos termos da legislação processual de regência.

Nego provimento".

A reclamante opõe os presentes embargos de declaração alegando omissão no julgado. Afirma que “o Eg. TRT incorreu em omissão ao desconsiderar premissas fáticas já reconhecidas judicialmente em processo anterior, as quais são determinantes para o deslinde da presente controvérsia”.

Conforme consta da decisão monocrática o Tribunal Regional registra que “compulsando os documentos presentes no SAPWEB, referente ao processo físico 0001288-15.2011.5.01.0011, verifica-se que a sentença aponta que o laudo não reconheceu o labor como único fator que contribuiu para a doença”. De outro lado, consta da decisão monocrática acima referida que “é possível extrair da decisão regional o reconhecimento da concausa entre o labor e a lesão adquirida, pelo que não há que se falar em nulidade do julgado”. E mais: “ainda que haja o explícito reconhecimento da incapacidade parcial e definitiva da trabalhadora, como pretende a reclamante, a união desses dois aspectos não conduzem necessariamente ao acolhimento do pleito relacionado à condenação de manutenção de plano de saúde vitalício, como ficará evidente no exame do mérito da questão no tópico precedente. Assim, não há que se declarar nulidade do julgado por negativa de prestação jurisdicional, porque as alegações da parte a quem aproveitaria a

nulidade, são insuficientes à reforma da decisão, da forma como pretendida pela parte ora agravante”.

A embargante sustenta a existência de uma segunda omissão, argumenta que “reconhecido o caráter permanente da enfermidade e a consequente redução definitiva da capacidade laborativa, presume-se a necessidade de acompanhamento médico e terapêutico vitalício, o que, por decorrência lógica, justifica a manutenção do plano de saúde às expensas da reclamada”.

O acórdão ora embargado abordou explicitamente a matéria:

"No caso, a agravante não faz qualquer menção à natureza da lesão, nem à necessidade de tratamento médico contínuo em razão da enfermidade adquirida, a justificar a condenação à manutenção de plano de saúde vitalício. A Subseção I Especializada em Dissídios Individuais desta Corte já decidiu que o fato de o autor estar permanentemente incapacitado para o seu ofício ou profissão não implica que necessitará vitaliciamente de tratamento médico. O pleito relacionado ao pagamento perene de plano de saúde por parte do empregador pressupõe a demonstração da necessidade de tratamento médico continuado ou cuidados médicos permanentes".

Pelo exposto, a argumentação da embargante não apresenta omissões no julgado, mas evidencia somente o seu descontentamento com o julgamento desta Turma sobre o tema e a intenção de obter nova manifestação sobre a matéria.

O vício que a embargante entende haver no acórdão somente poderia caracterizar *error in iudicando*, passível de modificação apenas por recurso próprio.

Logo, não havendo qualquer dos vícios especificados no artigo 897-A da CLT e não sendo o presente recurso expediente para a parte manifestar seu inconformismo a respeito da decisão proferida, **nego provimento** aos embargos declaratórios.

ISTO POSTO

ACORDAM os Ministros da Oitava Turma do Tribunal Superior do Trabalho, por unanimidade, **negar provimento** aos embargos de declaração.

Brasília, 3 de December de 2025.

Firmado por assinatura digital (MP 2.200-2/2001)

SERGIO PINTO MARTINS
Ministro Relator

Firmado por assinatura digital em 03/12/2025 pelo sistema AssineJus da Justiça do Trabalho, conforme MP 2.200-2/2001, que instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira.