



APELAÇÃO CÍVEL 2013.3.020607-5

APELANTE : COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL
ADVOGADO : FERNANDO AUGUSTO BRAGA OLIVEIRA (OAB/PA 5.555) E OUTROS
ADVOGADO : MILENA PIRAGINE (OAB/PA 19386-A) E OUTROS
APELADO : ESPÓLIO DE MARIA DE FÁTIMA DA SILVA BRITO
REPRESENTANTE : GONÇALO VIEIRA DE BRITO (INVENTARIANTE)
ADVOGADO : REYNALDO JORGE CALICE AUAD (OAB/PA 12.591)
RELATOR : DES. RICARDO FERREIRA NUNES

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. PRELIMINAR DE DEFESA. CERCEAMENTO DE DEFESA. REJEITADA. MÉRITO. RELAÇÃO DE CONSUMO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO AFASTA O DEVER DA SEGURADORA DE INDENIZAR, UMA VEZ QUE A ELA INCUMBE O EXAME DE SEUS SEGURADOS ANTES DA CONTRATAÇÃO. JUROS E CORREÇÃO DEVEM INCIDIR A PARTIR DA NEGATIVA DE COBERTURA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO, À UNANIMIDADE.

vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores que integram a 2ª Turma de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade de votos, em conhecer da Apelação cível e negar-lhe provimento, pelos fatos e fundamentos constantes do voto.

Esta sessão foi presidida pelo Exma. Sra. Des. Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

Sala das Sessões do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, ao décimo quarto dia do mês de março de 2017.

RICARDO FERREIRA NUNES
Desembargador Relator

APELAÇÃO CÍVEL 20133020607-5

APELANTE: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL
ADVOGADO: FERNANDO AUGUSTO BRAGA OLIVEIRA (OAB/PA 5.555) E OUTROS
ADVOGADO: MILENA PIRAGINE (OAB/PA 19386-A) E OUTROS
APELADO: ESPÓLIO DE MARIA DE FÁTIMA DA SILVA BRITO
REPRESENTANTE: GONÇALO VIEIRA DE BRITO (INVENTARIANTE)
ADVOGADO: REYNALDO JORGE CALICE AUAD (OAB/PA 12.591)
RELATOR: DES. RICARDO FERREIRA NUNES



RELATÓRIO

Tratam-se os autos de Ação de Cobrança de Indenização Securitária, em que é requerente espólio de Maria de Fátima de Silva Brito, representado por Gonçalo Vieira Grito, e requerido BB Seguros – Companhia de Seguros Aliança do Brasil.

O Autor, em sua exordial às fls. 05/16, afirma que em 26/09/2008 o Sr. Gonçalo aderiu ao contrato de seguro de vida (Seguro Ouro Vida), incluindo na apólice sua esposa, a de cujus Sra. Maria de Fátima de Silva Brito, iniciando o pagamento do prêmio mensal no valor de R\$409,23, para cobertura de morte natural, acidental, invalidez permanente, e antecipação por doença terminal, sendo o capital segurado no importe de R\$120.000,00. Em 06/02/2009 a segurada veio a falecer por insuficiência respiratória, metástase pulmonar, e neoplasia de mama.

O Segurado sobrevivente tentou obter informações sobre como proceder para registrar o sinistro, mas os funcionários da agência se negaram a ajudá-lo, fato que gerou abertura de reclamação junto à Auditoria do Banco do Brasil. Depois de registrar o sinistro, o Segurado recebeu um calhamaço de documentos, os quais foram devidamente preenchidos e autenticados em cartório. Em 24/04/2009, os referidos documentos, por exigência da Seguradora, foram devidamente protocolizados na agência de relacionamentos escolhida.

Afirma que em dezembro de 2009, o Autor, por seu advogado, recebeu a carta pela qual a seguradora Ré informa que a Segurada falecida já estava ciente de que era portadora de doença relacionada a causa da morte e, em função disso, não pagaria a indenização. Inconformado, o Requerente notificou a Requerida para fundamentar e apresentar provas que a levaram a tal conclusão.

Em 18/01/2010, por e-mail, lhe foi informada a reabertura do processo, sendo apresentada Carta Contestação na agência bancária no mesmo dia. Diante da demora, o Autor em 21/05/2010, o Autor novamente notificou eletronicamente a Seguradora. A Empresa Ré informou que havia encerrado a reanálise em 01/02/2010, sem pagamento da indenização, e que em 25/05/2010 havia encaminhado a 2ª via da Carta de Indeferimento via malote dos correios, carta essa que somente foi recebida em 01/06/2010.

Ressaltou ainda que a Segurada faleceu em 04/02/2009, mas somente em 28/05/2009, três meses após o sinistro, a Seguradora abate do prêmio pago mensalmente a parte referente à falecida, reduzindo-o de R\$409,23 para R\$275,24, valor este correspondente ao cônjuge sobrevivente.

Após invocar o direito, requereu a condenação da Ré o valor atinente à indenização do seguro de vida da Segurada falecida, ne, como ao ressarcimento do valor referente às prestações que foram debitadas automaticamente após a morte da mesma. Juntou documentos às fls. 17/82.

Citada a Companhia de Seguros Aliança do Brasil apresentou peça de contrariedade às fls. 86/105, alegando, preliminarmente a ilegitimidade ativa, uma vez que o beneficiário do pacto é o cônjuge segurado titular. No mérito, defendeu a legalidade do seguro contratado, e que os segurados declararam encontrarem-se em boas condições de saúde informando não portar qualquer das doenças que necessitasse de acompanhamento médico,



omitindo as reais condições de saúde que portavam. Após a regularização do sinistro, a Ré observou que a informação prestada não condizia com a realidade, pois a segurada já vinha realizando tratamento quimioterápico desde 19/11/2006, estando em tratamento no Hospital Saúde da Mulher a partir de 09/11/2007, onde foi realizado o tratamento cirúrgico para doença de neoplástica da mama. Aponta que tal omissão quebra a boa-fé objetivo do contrato, e causa a perda da indenização securitária. Juntou documentos às fls. 106/147. A parte autora apresentou manifestação acerca da contestação e documentos às fls. 149/152. Observa-se às fls. 157/158 Termo de Audiência Preliminar. Restando infrutífera tentativa de acordo entre as partes, o Juízo Singular fixou os pontos controvertidos, e indeferiu produção de prova pericial pleiteada pela Ré, o que foi objeto de Agravo Retido. Nessa oportunidade, ainda determinou o julgamento antecipado da demanda.

O Juízo a quo, às fls. 161/163, prolatou sentença com o seguinte comando final:

... Diante do exposto, julgo totalmente procedente, e condeno a ré a pagar o valor do seguro referente a apólice nº 12114/22162849 ao beneficiário Gonçalo Vieira de Brito e condeno ainda o réu a devolver o valor de R\$401,97 (quatrocentos e um reais e noventa e sete centavos) referente aos meses de março, abril e maio de 2009, tudo acrescido de correção monetária pela taxa SELIC na forma do art. 406, CC a partir da data da negativa de pagamento do valor do seguro e da cobrança indevida, respectivamente. Condeno o réu ao pagamento das custas do processo e honorários advocatícios de 20% sobre o valor da condenação.

Inconformada a Requerida interpôs recurso de Apelação Cível, às fls. 164/179, aduzindo preliminarmente o cerceamento de defesa, pois requereu a realização de perícia médica, além da expedição de ofícios aos Hospitais e Clínicas que antederam a segurada, para que as mesmas fornecessem cópia dos prontuários médicos, exames e laudos, contudo, restou prejudicado com o julgamento antecipado da demanda. No mérito defende que a omissão de informação acerca do real estado de saúde da segurada caracteriza má-fé, e implica na perda do seguro. Questiona ainda a incidência de juros e correção monetária, pois a correção monetária deveria incidir a partir da constituição em mora da seguradora, que se daria com a propositura da ação.

Em despacho às fls. 182, o Juízo a quo recebendo os recursos em ambos os efeitos.

Observa-se às fls. 183/192 Contrarrazões apresentada pelo Apelado.

Coube-me o feito por distribuição.

É o relatório.

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade, os recursos merecem ser conhecidos e examinados.



- Aplicação intertemporal do Código de Processo Civil:

Impende frisar que o Novo Código de Processo Civil/2015 o qual entrou em vigor em 18/03/2016, tem aplicação imediata por se tratar de norma processual. Contudo, nos termos do artigo 14 do Novo Código de Processo Civil/15 "A norma processual não retroagirá e será aplicável imediatamente aos processos em curso, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada."

Assim, em que pese a entrada em vigor do NCPC/15, esclareço que em respeito à regra de direito intertemporal e aos atos jurídicos processuais consumados, os presentes recursos serão analisados sob a ótica do antigo CPC/73, uma vez que interpostos sob a vigência da antiga lei processual.

Nessa linha, vale transcrever trecho do julgamento do STJ onde prescreve que: "(...) A lei vigente à época da prolação da decisão que se pretende reformar é que rege o cabimento e a admissibilidade do recurso.(...)" (REsp nº:1.132.774/ES).

APELAÇÃO CÍVEL

A Recorrente, em seu Apelo, aduziu preliminarmente o cerceamento de defesa, pois requereu a realização de perícia médica, além da expedição de ofícios aos Hospitais e Clínicas que antederam a segurada, para que as mesmas fornecessem cópia dos prontuários médicos, exames e laudos, contudo, restou prejudicado com o julgamento antecipado da demanda. No mérito defende que a omissão de informação acerca do real estado de saúde da segurada caracteriza má-fé, e implica na perda do seguro. Questiona ainda a incidência de juros e correção monetária, pois a correção monetária deveria incidir a partir da constituição em mora da seguradora, que se daria com a propositura da ação.

Passo a analisar, primeiramente, a preliminar suscitada.

- Cerceamento de Defesa:

Defende a Recorrente houve cerceamento de defesa, uma vez que requereu a realização de perícia médica, além da expedição de ofícios aos Hospitais e Clínicas que antederam a segurada, para que as mesmas fornecessem cópia dos prontuários médicos, exames e laudos, contudo, o julgamento antecipado da demanda a impossibilitou de produzir as provas que pretendia.

Ao meu sentir, primeiramente, deve ser ressaltado que a produção de prova judiciária se destina ao processo, contudo o Julgador é o destinatário principal das provas, pois essas têm por finalidade a formação da convicção do Magistrado.

Acredito que cabe ao Julgador a formação do juízo da necessidade ou não da produção das provas nos autos, a fim de evitar desnecessários atos que nada mais fariam do que atentar aos Princípios da Economia e Celeridade



Processual, quando já se encontre outras provas suficientes para firmar o convencimento do magistrado a respeito da questão em debate.

Esta é a lição de Hélio Tomaghi (in Comentários ao Código de Processo Civil, São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1976, 2ª ed., vol. 1, pág. 402):

Conquanto o ônus da prova caiba às partes (art. 333) é o juiz que faz a seleção das requeridas e diz quais são as necessárias à instrução do processo"

Ainda importante observar o que determina artigo 130 do Código de Processo Civil:

Art. 130. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento das partes, determinar as provas necessárias à instrução do processo, indeferindo as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

O juiz é o destinatário final da prova, de modo que, tendo o magistrado recolhido elementos bastantes para elucidar a questão posta em juízo, não há falar em cerceamento de defesa, em decorrência do indeferimento da prova técnica e oral requerida pela parte, nesse sentido, válido apontar jurisprudência pátria a respeito da questão:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. CABIMENTO APENAS PARA CORREÇÃO DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE OU ERRO MATERIAL. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. JUIZ COMO DESTINATÁRIO FINAL DA PROVA. INDEFERIMENTO DE PERÍCIA. POSSIBILIDADE.

1. Os embargos de declaração são cabíveis quando o provimento jurisdicional padece de omissão, contradição ou obscuridade, consoante dispõe o art. , e , do , bem como para sanar a ocorrência de erro material. Inexistindo quaisquer desses vícios, os embargos devem ser rejeitados.

2. O Juiz é o destinatário da prova e a ele cabe decidir sobre o necessário à formação do próprio convencimento. A apuração da suficiência dos elementos probatórios que justificaram o julgamento antecipado da lide e/ou o indeferimento de prova pericial demanda reexame provas. Embargos rejeitados. Decisão unânime.(TJPE. ED 2204808 PE. 4ª Câmara Cível. Rel. Des. Eurico de Barros Correia Filho. J. 28/11/2013. P. 05/12/2013)

APELAÇÕES CÍVEIS E REEXAME NECESSÁRIO. DIREITO ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. AGRAVO RETIDO. CERCEAMENTO DE DEFESA. JUIZ COMO DESTINATÁRIO FINAL DA PROVA. AGRAVO REJEITADO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. INFECÇÃO HOSPITALAR. ALTA MÉDICA. ÓBITO. VALOR DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA DE DÉBITO DA FAZENDA PÚBLICA. DECLARAÇÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE POR ARRASTAMENTO DO ARTIGO DA LEI /2009, QUE MODIFICOU A REDAÇÃO DO ARTIGO 1º-F DA LEI /97. MODULAÇÃO DOS EFEITOS. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. FAZENDA PÚBLICA. CONDENAÇÃO. ART. , , DO . APRECIACÃO EQUITATIVA E JUSTA. REFORMA PARCIAL.

1. O juiz é o destinatário final da prova, de modo que, tendo o magistrado recolhido elementos bastantes para elucidar a questão posta em juízo, não há falar em cerceamento de defesa, em decorrência do indeferimento da prova técnica e oral requerida pela parte.(...) (TJDF. APO 20130110822720.1ª Turma Cível. Rel. Desa. Simone Lucindo. J.08/07/2015. P. 12/08/2015)



Evidentemente, o Juiz é o destinatário final da prova, de modo que, tendo o magistrado recolhido elementos bastantes para elucidar a questão posta em juízo, não há falar em cerceamento de defesa, em decorrência do indeferimento de prova pericial requerida pela parte, razão pela qual rejeito a preliminar suscitada.

MÉRITO

No mérito defende que a omissão de informação acerca do real estado de saúde da segurada caracteriza má-fé, e implica na perda do seguro. Questiona ainda a incidência de juros e correção monetária, pois a correção monetária deveria incidir a partir da constituição em mora da seguradora, que se daria com a propositura da ação.

- Doença Pré-Existente:

Acredito ser importante ressaltar que a relação existente entre as partes é de consumo, conseqüentemente, submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor - Lei 8.078/90, restando enquadrados nos conceitos de consumidor e fornecedor, respectivamente, o segurado ou o beneficiário e a seguradora, ou seja, aqueles que figuram como destinatários finais do serviço, cujo objeto negocial é justamente a prestação de serviços, não restando dúvida quanto à aplicabilidade da legislação consumerista a essa hipótese. Em assim sendo, sob o prisma do Estatuto do Consumidor faz-se a análise da situação no caso vertente, ressaltando-se que tal lei é cristalina ao dispor em seu artigo 47 que "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor".

O cerne do presente recurso se restringe em saber se a seguradora tem de fato a obrigação contratual de pagar indenização pela morte da cônjuge do Autor, ora Apelado

No contrato de seguro, às fls. 32/36, a Seguradora se obriga para com a Segurada, mediante o pagamento de um prêmio mensal no valor de R\$409,23, a indenizar o prejuízo resultante de riscos futuros, mas previstos no contrato, entre os quais morte natural.

No caso dos autos, em 26.09.2008, o contrato de seguro celebrado entre as partes, em caso de morte da cônjuge do segurado, ora autor/apelante, estipulava contratação da inclusão da cônjuge, com direito a 50% do capital segurado escolhido pelo segurado titular em todas as coberturas do seguro, ou seja, sendo o valor previsto para morte do segurado a cobertura de 100% do capital segurado (R\$120.000,00), a morte do cônjuge possibilitava cobertura de 50%, ou seja, R\$60.000,00 (fls. 35).

Nesse cenário, o Autor, como segurado e em razão da morte do seu esposo, tem o direito de exigir o cumprimento da obrigação presente no contrato de seguro.

Acredito que não assiste razão à seguradora Recorrente ao alegar que não cumpriu com a sua obrigação em razão da má-fé dos segurados, que omitiram informação de que a cônjuge falecida sofria de doenças, pois não obstante tenha o contratante-segurado o dever de prestar informações corretas no ato da contratação de seguro (relação de consumo por



excelência), verifica-se que, na esteira da melhor jurisprudência, deve a seguradora exigir no mesmo ato laudo médico para afastar qualquer suspeita de doença preexistente no segurado, eis que, caso contrário, assume o risco de pactuar com quem está doente.

Aludido entendimento tem como objetivo impedir o enriquecimento ilícito da seguradora, porquanto seria muito cômodo para esta pactuar com qualquer pessoa contrato de seguro, recebendo mensalmente os prêmios, e, quando da ocorrência do sinistro, recusar-se ao pagamento alegando a preexistência da doença.

Assim, o pagamento do prêmio pelo segurado lhe garante o direito ao recebimento da indenização pelas hipóteses cobertas na apólice, não sendo justo que a seguradora receba regularmente o prêmio, embolsando-o sem qualquer restrição e posteriormente negue o pagamento da indenização com base em preexistência de doença, a qual não cuidou de comprovar à época da contratação do seguro.

Nesse sentido, pacífico entendimento da nossa jurisprudência pátria a respeito da questão:

DIREITO DO CONSUMIDOR - AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - SEGURO DE VIDA - MORTE DO SEGURADO - NEGATIVA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO - ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE - ÔNUS DA PROVA DA SEGURADORA - AUSÊNCIA DE DOLO OU MÁ-FÉ - COBERTURA SECURITÁRIA DEVIDA.

a) Não obstante tenha o contratante-segurado o dever de prestar informações corretas no ato da contratação de seguro (relação de consumo por excelência), verifica-se que, na esteira da melhor jurisprudência, deve a seguradora exigir no mesmo ato laudo médico para afastar qualquer suspeita de doença preexistente no segurado, eis que, caso contrário, assume esta o risco de pactuar com quem está doente. b) Cabe à seguradora verificar as condições de saúde do seu futuro segurado a fim de averiguar os riscos da contratação, não sendo admissível, quando da cobrança da indenização, suscitar a ocorrência de doença preexistente se não realizara os exames médicos necessários. c) VV. APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA. CORREÇÃO MONETÁRIA. No caso de indenização securitária, a correção monetária deve incidir a partir da data da celebração da apólice. (TJMG. AC 10674100004664001 MG. Rel. Des. Otávio Portes. 16ª CÂMARA CÍVEL. J. 21/08/2014. P. 01/09/2014) (Grifei).

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. NEGATIVA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE. AUSÊNCIA DE PROVA ACERCA DA MÁ-FÉ DO SEGURADO QUANDO DO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE. COBERTURA SECURITÁRIA DEVIDA.

Revelia. Decretação da revelia em relação ao primeiro requerido que deve ser afastada, tendo em vista a juntada de contestação em audiência de instrução que, embora apócrifa, não foi impugnada pela parte autora, considerando-se apresentada sua defesa. Mérito. Para que haja a recusa do pagamento da cobertura securitária é necessário que a seguradora ilida, de modo eficaz e profícuo, a boa-fé do contratante, o que não ocorreu nos autos. A seguradora ré não se desincumbiu de comprovar a má-fé do segurado, tampouco a alegada doença preexistente (diabetes - fl. 103), nem quando foi diagnosticada a doença, ônus que estava a seu encargo, a teor do que dispõe o art. , inciso , do . Em que pese constar no atestado de óbito do segurado (fl. 107) que uma das causas que levou a morte foi o diabetes, também constam outras causas indicativas do óbito como "parada cardiorrespiratória, seqüelas de AVC isquêmico e hipertensão arterial sistêmica", de modo que não há como se saber qual delas vitimou fatalmente o segurado, podendo, inclusive, ser o conjunto delas. Quanto ao mais, inexistente prova de que tenha a seguradora solicitado algum exame prévio ao segurado, sendo inadmissível a recusa ao pagamento devido à beneficiária. Correta a... decisão de origem que determinou a condenação da ré ao pagamento da



indenização, nos exatos termos da apólice. SENTENÇA MANTIDA PELOS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. RECURSO IMPROVIDO. (TJRS.Recurso Cível Nº 71005640677, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relatora Desa. Vivian Cristina Angonese Spengler, Julgado em 18/11/2015). (Grifei).

RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO COM PROTEÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO COMPROVADA. INTELIGÊNCIA DO ART. , DO . APLICAÇÃO DO . RESPONSABILIDADE OBJETIVA. COMO O ÓBITO DA SEGURADA SE DEU NO HOSPITAL, APESAR DA AUSÊNCIA DO PRONTUÁRIO, CONTA-SE MAIS UM DIA DE INTERNAÇÃO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO.(Recurso Cível Nº 71005386370, Quarta Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Gisele Anne Vieira de Azambuja, Julgado em 22/09/2015). (Grifei).

JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS. PROCESSUAL CIVIL. EXTINÇÃO DO FEITO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO. DESNECESSIDADE DE PROVA PERICIAL. ÔNUS DA PROVA DO FORNECEDOR DE COMPROVAR QUE A SEGURADA POSSUÍA DOENÇA PREEXISTENTE À CONTRATAÇÃO DO SEGURO DE VIDA. INCOMPETÊNCIA AFASTADA. CAUSA MADURA. ART. , , . CONSUMIDOR. SEGURO DE VIDA. ALEGAÇÃO NÃO PROVADA DE OCORRÊNCIA DE DOENÇA PREEXISTENTE. DEVER DE INDENIZAR. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1. Observado o , do artigo , da Lei /95, a única complexidade hábil à vedação de conhecimento pelos Juizados Especiais refere-se à prova. Sendo desnecessária a produção de prova pericial para o deslinde da questão trazida a julgamento, não existe a alegada complexidade. 1.1. A despeito do entendimento do i. Juízo de origem, conforme entendimento jurisprudencial pacífico, constitui ônus da seguradora provar que a segurada possuía doença preexistente à contratação do seguro. Nesse sentido, confira-se o claro precedente: "(...) Nos termos jurisprudência dominante do STJ, a seguradora não pode se eximir do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do segurado, se dele não exigiu exames clínicos, ou não houve prova de má fé.(...)" (AgRg no AREsp 104.987?RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMAO, QUARTA TURMA, julgado em 07?03?2013, DJe 18?03?2013.). 1.2. Da detida análise dos autos verifica-se que não há nenhuma prova de preexistência da doença que causou o falecimento da segurada, nos termos do art. , , , inexistindo, assim, a alegada complexidade.

2. Quanto ao mérito, restou incontroverso que os autores, ora recorrentes, são beneficiários de contrato de seguro de vida celebrado por sua genitora com a ré, ora recorrente, no dia 23/05/2012. Restou incontroverso, ainda, o óbito da segurada na data de 19/06/2012. 3. A seguradora não pode se eximir do dever de indenizar, alegando omissão de informações quanto ao estado de saúde do segurado na época da contratação do seguro, se não foi comprovada a má-fé do segurado e se não foram exigidos exames clínicos, no momento da contratação do seguro. Precedentes do STJ. 4. Anote-se, por oportuno, que o relatório médico de fls. 28/29 indica que a doença só se iniciara em 09/06/2012, portanto, após a contratação do seguro, revelando-se patente o dever da seguradora de efetuar o pagamento aos beneficiários . 5. Recurso conhecido e provido para condenar a ré ao pagamento da indenização prevista na apólice de seguro contratada.(TJDF. ACJ 20150310048144. Rel. Des. Flávio Fernando Almeida da Fonseca. J. 01/09/2015. P. 16/09/2015) (Grifei).

A alegação de doença preexistente à contratação do seguro por invalidez permanente não afasta o dever da seguradora de indenizar, uma vez que a ela incumbe o exame de seus segurados antes da contratação.

Entendimento diverso iria contra a boa-fé objetiva, princípio que deve ser observado tanto na tratativa quanto na execução do contrato. Muito fácil para a seguradora, quando da contratação, admitir o segurado, sem a



realização de qualquer exame, como ocorreu no presente caso. Dessa forma, a seguradora angariaria o valor do prêmio sem maiores preocupações, sabendo que, posteriormente, poderá alegar que o segurado não declarou de forma verdadeira o seu estado de saúde ou que a doença já existia à época da contratação.

Ora, cabe à seguradora verificar as condições de saúde do seu futuro segurado, a fim de averiguar os riscos da contratação, não sendo admissível, quando da cobrança da indenização, suscitar a ocorrência de doença preexistente se não realizara os exames médicos necessários, como ocorre no caso vertente. Aponto ainda que na contestação a Apelante fez menção a tratamento quimioterápico da segurada falecida desde 19/11/2006, estando em tratamento no Hospital Saúde da Mulher a partir de 09/11/2007, onde foi realizado o tratamento cirúrgico para doença de neoplástica da mama, no entanto não esclarece de onde tirou tais informações, não fazendo prova de suas alegações, o que obviamente, torna impossível acolhe-las. Ora, para ter negado administrativamente o pedido da indenização, com base em tais informações, a Seguradora logicamente deveria ter posse de algum documento atestando alguma informação, no entanto, não acostou oportunamente.

- Incidência dos Juros e Correção:

Tratando-se de contrato de seguro, os juros de mora e a correção monetária devem incidir a partir da negativa da cobertura, pois é um mero ajuste compensatório da perda da capacidade aquisitiva da moeda.

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça assim fixou entendimento:

AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO VIDA E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS. AÇÃO PROPOSTA PELO SEGURADO DA APÓLICE. PRESCRIÇÃO. FUNDAMENTO INATACADO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 283/STJ. INOCORRÊNCIA. CORREÇÃO MONETÁRIA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA EM QUE A SEGURADORA NEGOU O PAGAMENTO ADMINISTRATIVAMENTE, ANTE A AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO PELA PARTE VENCEDORA. PRECEDENTES. REPETIÇÃO DOS ARGUMENTOS DO RECURSO ESPECIAL NAS RAZÕES RECURSAIS DO AGRAVO REGIMENTAL.

1. "O prazo prescricional decorrente de contrato de seguro tem início na data em que o segurado tem conhecimento inequívoco do sinistro (Súmula n. 278/STJ), ficando suspenso entre a comunicação do sinistro e a recusa ao pagamento da indenização" (AgRg no REsp 1.236.485/SC, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, DJe de 9/8/2011).
2. À falta de prova do prazo de suspensão, o prazo prescricional começou a correr da data em que o segurado tomou ciência da decisão que lhe negou o pagamento da indenização. Fundamento inatacado. Incidência da Súmula 283/STF.
3. O pagamento do seguro deve ser calculado com a devida correção monetária, computada desde a data do contrato até a do efetivo pagamento. Precedentes.
4. Ao repisar os fundamentos do recurso especial, a parte agravante não trouxe, nas razões do agravo regimental, argumentos aptos a modificar a decisão agravada, que deve ser mantida por seus próprios e jurídicos fundamentos.
5. Agravo regimental não provido. (STJ. AgRg no REsp 1202738 MT 2010/0123200-1. Ministro Luis Felipe Salomão. QUARTA TURMA. J. 11/04/2013. P. 18/04/2013.) (Grifei).

A jurisprudência pátria de igual modo pacificou entendimento:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - CONTRATO DE SEGURO DE VIDA -



INCIDÊNCIA DO - AUXÍLIO FUNERAL - CONTRATAÇÃO EXPRESSA - COMUNICAÇÃO À SEGURADORA SOBRE A OCORRÊNCIA DO SINISTRO - IRRELEVÂNCIA PARA A COBERTURA - CLÁUSULAS CONTRATUAIS QUE DEVEM SER INTERPRETADAS DE MANEIRA MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR - CORREÇÃO MONETÁRIA - INCIDÊNCIA A PARTIR DA NEGATIVA DA COBERTURA - JUROS MORATÓRIOS - AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL - RECURSO CONHECIDO EM PARTE E DESPROVIDO.

O simples fato de o consumidor não ter comunicado previamente a seguradora sobre a ocorrência do sinistro, não se mostra suficiente para a exclusão da cobertura, que foi expressamente pactuada e adimplida corretamente pelo segurado. Além do que, nos termos do art. , do , "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor" Tratando-se de contrato de seguro, a correção monetária deve incidir a partir da negativa da cobertura, pois é um mero ajuste compensatório da perda da capacidade aquisitiva da moeda. Carece de interesse em recorrer a parte quando a questão meritória objeto de impugnação, lhe foi favorável. (TJMS. APL 00411278520128120001. Rel. Des. Eduardo Machado Rocha. J.21/10/2014. P. 24/10/2014)

Parte superior do formulário
Parte inferior do formulário
Parte superior do formulário
Parte inferior do formulário

Ora, sendo responsabilidade contratual, e líquida a obrigação, os juros incidem a partir do vencimento, ou seja, na data em que a seguradora negou o pagamento do valor segurado. De igual modo a correção monetária, nos termos do entendimento da Súmula 43/STJ, incidem a partir do efetivo prejuízo, ou seja, da mesma forma, na data da negativa do pagamento. Pelo exposto, mais o que dos autos consta, conheço do recurso, mas nego-lhe provimento, mantendo a decisão atacada em todos os seus termos.

É o voto.

Belém, 14/03/2017

Ricardo Ferreira Nunes
Desembargador Relator