



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1753222 - RS (2018/0174299-4)

RELATOR : MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
RECORRENTE : MILTON CARLOS VARELA DUTRA - ESPÓLIO
REPR. POR : MYRIAM CADORIN DUTRA - INVENTARIANTE
ADVOGADOS : CLAUDIR FIDELIS FACCENDA - RS080364
JAYSON CAOVILLA VENDRUSCULO E OUTRO(S) -
RS080568
RECORRIDO : ICATU SEGUROS S/A
ADVOGADO : MÁRCIO LOUZADA CARPENA - RS046582

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO PRESTAMISTA. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO INFORMADA PELO SEGURADO. OCORRÊNCIA DO SINISTRO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. DISTINÇÃO ENTRE TRATAMENTO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE PREVISIBILIDADE DO ÓBITO NO CURSO DO CONTRATO DE MÚTUO. ILICITUDE DA RECUSA DE COBERTURA PELA SEGURADORA. APLICAÇÃO DO ENUNCIADO DA SÚMULA 609/STJ. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR.

- 1. Controvérsia acerca da recusa de cobertura de seguro prestamista na hipótese em que o segurado faleceu três meses após a contratação, tendo sido apontada como 'causa mortis' doença preexistente (miocardiopatia dilatada) não informada na declaração de saúde.*
- 2. Caso concreto em que o quesito da declaração de saúde indagava acerca da submissão a tratamento médico nos três anos anteriores à contratação, tendo sido respondido negativamente pelo segurado.*
- 3. Ausência de comprovação de inveracidade da informação prestada*

pelo segurado, pois o quesito indagava acerca de doença em tratamento nos últimos três anos, não sobre toda e qualquer doença preexistente.

4. Ausência também de prova de que o segurado estivesse em tratamento no momento da contratação, sendo necessário distinguir tratamento médico e acompanhamento médico.

5. Ausência, outrossim, de evidência de má-fé do segurado, pois as condições de saúde deste não apontavam para a ocorrência do óbito no curso da contratação acessória, cuja finalidade era garantir o pagamento do saldo devedor do contrato principal de mútuo.

6. Aplicação ao caso da Súmula 609/STJ, segundo a qual: "a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado".

7. Ilícitude da recusa de cobertura no caso concreto.

8. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 23 de março de 2021.

Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1753222 - RS (2018/0174299-4)

RELATOR : MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
RECORRENTE : MILTON CARLOS VARELA DUTRA - ESPÓLIO
REPR. POR : MYRIAM CADORIN DUTRA - INVENTARIANTE
ADVOGADOS : CLAUDIR FIDELIS FACCENDA - RS080364
JAYSON CAOVILLA VENDRUSCULO E OUTRO(S) -
RS080568
RECORRIDO : ICATU SEGUROS S/A
ADVOGADO : MÁRCIO LOUZADA CARPENA - RS046582

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO PRESTAMISTA. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO INFORMADA PELO SEGURADO. OCORRÊNCIA DO SINISTRO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. DISTINÇÃO ENTRE TRATAMENTO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE PREVISIBILIDADE DO ÓBITO NO CURSO DO CONTRATO DE MÚTUO. ILICITUDE DA RECUSA DE COBERTURA PELA SEGURADORA. APLICAÇÃO DO ENUNCIADO DA SÚMULA 609/STJ. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR.

- 1. Controvérsia acerca da recusa de cobertura de seguro prestamista na hipótese em que o segurado faleceu três meses após a contratação, tendo sido apontada como 'causa mortis' doença preexistente (miocardiopatia dilatada) não informada na declaração de saúde.*
- 2. Caso concreto em que o quesito da declaração de saúde indagava acerca da submissão a tratamento médico nos três anos anteriores à contratação, tendo sido respondido negativamente pelo segurado.*
- 3. Ausência de comprovação de inveracidade da informação prestada*

pelo segurado, pois o quesito indagava acerca de doença em tratamento nos últimos três anos, não sobre toda e qualquer doença preexistente.

4. Ausência também de prova de que o segurado estivesse em tratamento no momento da contratação, sendo necessário distinguir tratamento médico e acompanhamento médico.

5. Ausência, outrossim, de evidência de má-fé do segurado, pois as condições de saúde deste não apontavam para a ocorrência do óbito no curso da contratação acessória, cuja finalidade era garantir o pagamento do saldo devedor do contrato principal de mútuo.

6. Aplicação ao caso da Súmula 609/STJ, segundo a qual: "a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado".

7. Ilícitude da recusa de cobertura no caso concreto.

8. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por MILTON CARLOS VARELA DUTRA - ESPÓLIO em face de acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, assim ementado:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA. LEGITIMIDADE PASSIVA DA INSITUIÇÃO FINANCEIRA. NEGATIVA DE COBERTURA EM RAZÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE. OMISSÃO DO ESTADO DE SAÚDE PREEEXISTENTE À LAVRATURA DO CONTRATO. SENTENÇA REFORMADA. AÇÃO IMPROCEDENTE. Apelo provido. (fl. 251)

Em suas razões, alega a parte recorrente violação ao art. 757 do Código Civil, sob os argumentos de: (a) *error in iudicando* na valoração das provas; (b) inexistência de prova da má-fé do segurado; (c) ausência denexo causal entre a doença pré-existente e o sinistro; e (d) cabimento da cobertura securitária.

Contrarrazões às fls. 295/314.

É o relatório.

VOTO

O recurso especial merece ser provido.

A controvérsia diz respeito à cobertura de seguro prestamista na hipótese em que o segurado veio a falecer três meses após a contratação, alegadamente por doença pré-existente (miocardiopatia dilatada) não declarada no momento da contratação, mas identificada posteriormente pela seguradora, mediante sindicância.

O Tribunal de origem entendeu que a cobertura não seria devida, porque o segurado teria omitido informação sobre doença pré-existente que acabou contribuindo para o óbito.

Confira-se, a propósito, o seguinte trecho do acórdão recorrido:

Veja-se que o 'de cujos', de fato, tinha ciência da sua miocardiopatia quando da contratação do seguro, conforme demonstram os documentos juntados pela ré às fls. 97/105. Trata-se de exames médicos realizados entre o período de 14.02.2003 até 22.02.2010, que atestam a presença da miocardiopatia dilatada no segurado.

Tudo isso, aliado ao fato de que a morte do segurado decorreu de "Insuficiência respiratória aguda, choque circulatório, taquiarritmia ventricular, miocardiopatia dilatada" (atestado de óbito - fl. 27), permite concluir que Milton Carlos Varela Dutra omitiu informações relevantes quando da celebração do contrato de seguro.

Em que pese não se desconsidere o depoimento do médico do autor, Emílio Morigushi (CD de fl.165), no sentido de que a miocardiopatia dilatada, por si só, não poderia ser causa primeira de óbito, certo é que se tratava de uma importante agravante do quadro clínico do autor, de modo que, se declarada ao momento da contratação, certamente influiria nos seus termos.

No caso do segurado, foi a comorbidade que contribuiu para o agravamento do quadro e conseqüente óbito.

Assim, forçoso o reconhecimento de que o segurado, ao tempo da contratação, estava ciente da patologia que portava, a qual foi conscientemente omitida no momento da contratação do plano de seguro

prestamista, em violação à boa-fé (art. 765, CC1) e, por consequência, incorrendo nas sanções do art. 766 do Código Civil'.

Destaca-se, por oportuno, não ser necessária a exigência de exames médicos no momento da contratação por parte da seguradora. (fl. 255)

Como se verifica no trecho acima transcrito, o segurado era portador de miocardiopatia dilatada, tendo realizado o último ecocardiograma no ano de 2010, quando se constatou que a doença apresentava grau moderado (fl. 117).

Dois anos depois, o segurado veio a óbito, tendo sido apontada como *causa mortis* a miocardiopatia dilatada, dentre outras causas.

Na data da contratação, porém, o segurado respondeu negativamente ao seguinte quesito da declaração de saúde:

Sofre atualmente, ou sofreu, nestes três últimos anos, alguma moléstia, que o tenha levado a fazer tratamento médico, hospitalizar-se, submeter-se a intervenção cirúrgica, ou afastar-se das atividades normais de trabalho? Em caso afirmativo especifique a moléstia, o tratamento feito, a data e informe se está totalmente recuperado. (fl. 111)

Sob a ótica do Tribunal de origem, a boa-fé objetiva exigiria que segurado respondesse afirmativamente a esse quesito, pois a informação sobre a miocardiopatia dilatada seria importante para se definir os termos da contratação.

Relembre-se que a boa-fé objetiva conta com cláusula específica no âmbito do contrato de seguro.

Refiro-me aos enunciados normativos dos art. 765 e 766 do Código Civil, abaixo transcrito:

Art. 765. *O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.*

Art. 766. *Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.*

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.

Resta saber se, no caso concreto, teria havido efetivamente uma omissão maliciosa na declaração de saúde.

A meu juízo, a resposta é negativa.

É certo que o segurado tinha ciência da doença que o acometia na data da contratação, pois, além do exame realizado em 2010, a sindicância apurou que exames anteriores, desde 2003, já apontavam a existência de cardiopatia.

Observe-se, porém, que o quesito não indagava acerca da preexistência de doença, mas sobre doença que tenha levado o segurado "a fazer tratamento médico" nos três anos anteriores à contratação.

Sob essa ótica, percebe-se, consoante os elementos dos autos, não ser possível afirmar que a resposta negativa do segurado ao aludido quesito tenha desbordado da boa-fé objetiva, pois o resultado do exame (ecocardiograma) não especificou se a doença estivesse em evolução, precisando de tratamento, ou estabilizada (como entendeu o juízo *a quo*), precisando apenas de acompanhamento médico.

Sobre esse ponto, peço licença para transcrever o seguinte trecho da bem lançada sentença, na qual o juízo de primeiro grau, após minucioso exame das provas dos autos, apurou que o segurado levava uma vida normal (a denotar que a doença estivesse estabilizada), concluindo que não teria havido má-fé no momento da contratação.

Litteris:

Ora, o contexto dos autos demonstra que o falecido não agiu com intuito de fraudar a ré, sobretudo porque o exame médico que diagnosticou a doença data do ano de 2008 (fls. 100/102) e os termos de adesão somente foram

*assinados em 03 de maio de 2012 e 06 de junho de 2012 (fls. 64/65), ou seja, quase cinco anos depois. **Tivesse a intenção de agir com má-fé, o segurado, por exemplo, teria firmado o contrato de seguro imediatamente após descobrir que estava doente.***

*Além disso, as testemunhas Beatriz Renck, Ricardo Martins Costa, Emílio Papaléo Zin (CD - fl. 150), de modo uníssono, referiram que **o falecido levava uma vida ativa, tanto no aspecto profissional quanto no pessoal, viajando a trabalho e praticando esportes com frequência alta, inclusive. Também afirmaram que o falecido estava fazendo planos para seu futuro após a aposentadoria na magistratura, tendo interesse em advogar e alçar novos rumos.***

*Fundamental, ainda, destacar o depoimento prestado pelo médico do falecido, Emílio Moriguchi (CD - fl. 165), o qual esclareceu que **o possuidor miocardiopatia pode conviver durante toda sua vida com a doença e não vir a falecer, pois os tratamentos atuais são extremamente eficazes. Ainda, explicou que "a miocardiopatia, em si, não pode ser a primeira causa da morte, porque miocardiopatia, em sim, não leva à óbito".***

Além do mais, não se pode deixar de observar que a seguradora agiu de forma negligente no momento da contratação do seguro, isso porque não submeteu o segurado a qualquer exame, devendo aceitar o risco de sua própria inércia.

Por fim, de acordo com o minucioso relato dos momentos finais que antecederam o óbito de Milton e como já reiteradamente repetido nestes autos, o segurado faleceu em razão de insuficiência respiratória, tanto que, ainda em casa, o filho viu-se obrigado a realizar uma traqueostomia, acompanhado pelo médico Emílio, por telefone, motivo pelo qual, este profissional assinou o relatório médico de fls.23. (fls. 216/7, sem grifos no original)

Aduza-se que, na linha da jurisprudência desta Corte Superior, a seguradora, ao não exigir exame de saúde prévio, assume o risco da ocorrência do sinistro por doença preexistente não informada pelo segurado, sendo cabível a recusa de cobertura tão somente na hipótese de comprovada má-fé do segurado.

Esse entendimento encontra-se enunciado na Súmula 609/STJ, abaixo transcrita:

Súmula 609/STJ - *A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado.*

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERIDA.

1. Inexiste nulidade por cerceamento de defesa quando o julgamento antecipado da lide decorre, justamente, do entendimento do Juízo a quo de que o feito encontra-se devidamente instruído pelos documentos trazidos pelas partes. Precedentes.

1.1. O acolhimento do inconformismo recursal, no sentido de se aferir a suficiência das provas constantes dos autos, bem como analisar a existência do apontado cerceamento de defesa implicaria no revolvimento de todo o contexto fático-probatório, providência que esbarra no óbice da Súmula 7 desta Corte.

2. De acordo com a jurisprudência desta Corte, consolidada no enunciado sumular de n. 609/STJ, a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado.

2.1. Derruir as conclusões do Tribunal local acerca da inexistência de má-fé por parte do segurado demandaria reanálise do acervo probatório. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1.641.645/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 31/08/2020, DJe 09/09/2020)

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. SEGURO DE VIDA. INDENIZAÇÃO. DOENÇA PREEXISTENTE. ESTADO DE SAÚDE PRECÁRIO. OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO. MÁ-FÉ DO SEGURADO. RECONHECIMENTO PELO TRIBUNAL ESTADUAL. REVISÃO. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte.

2. Não é devido o pagamento de indenização decorrente de contrato de seguro de vida se, consoante o acervo fático soberanamente analisado pelo tribunal local, restar comprovado nos autos que o segurado silenciou sobre a doença preexistente que o levou à morte, sendo clara a má-fé em sua conduta.

3. A descaracterização da má-fé do segurado ao fornecer intencionalmente

informações inverídicas e incompletas à seguradora demanda o reexame de matéria fática, circunstância obstada pela Súmula nº 7 desta Corte.

4. O entendimento jurisprudencial de que a má-fé do segurado que omitiu a doença preexistente estaria descaracterizada quando teve razoável sobrevida após a assinatura do contrato de seguro não se aplica na hipótese em que não detinha razoável estado de saúde antes, durante e após a conclusão da avença, a exemplo das diversas ocorrências hospitalares existentes no período, devidamente especificadas em histórico médico. A má-fé na conduta é reflexo da falta deliberada em informar a seguradora acerca da precariedade do estado de saúde, que, como cediço, é capaz de influir nos riscos e termos da contratação.

5. Recurso especial não provido.

(REsp 1.432.532/SP, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, Rel. p/ Acórdão Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/04/2014, DJe 25/06/2014)

No caso dos autos, não há falar em má-fé, pois o segurado, apesar de diagnosticado com a doença, levava uma vida normal, tendo vindo a óbito no dia seguinte a uma viagem (fl. 5), de modo que não era previsível que a doença o levaria a óbito no curso do contrato de seguro.

Ademais, o seguro contratado foi na modalidade prestamista, cuja finalidade é a garantia de um contrato de mútuo, ao passo que o comum na hipótese de má-fé seria a contratação direta de seguro de vida.

Assim, não tendo a seguradora exigido a realização de exame de saúde prévio à contratação, e não tendo sido comprovada má-fé do segurado, torna-se descabida a recusa de cobertura, devendo-se reformar o acórdão recorrido, para restabelecer os comandos da sentença, exceto quanto aos honorários advocatícios, que foram arbitrados em 15%, e merecem ser arbitrados em maior percentual, para compensar o trabalho adicional necessário para trazer a questão a esta Corte Superior.

Destarte, o recurso especial merece ser provido.

Ante o exposto, voto no sentido de DAR PROVIMENTO ao recurso

especial para restabelecer os comandos da sentença de procedência, exceto quanto percentual de honorários advocatícios, que arbitro em 18% (dezoito por cento), mantida a base de cálculo.

Advirta-se para o disposto no art. 1.026, § 2º, do CPC/2015.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2018/0174299-4

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.753.222 / R S

Números Origem: 00109171020138216001 00111302517253 01399031620188217000
03023456020178217000 109171020138216001 111302517253 11302517253
1399031620188217000 3023456020178217000 70075382309 70077746915

PAUTA: 23/03/2021

JULGADO: 23/03/2021

Relator

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. OSNIR BELICE

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : MILTON CARLOS VARELA DUTRA - ESPÓLIO
REPR. POR : MYRIAM CADORIN DUTRA - INVENTARIANTE
ADVOGADOS : CLAUDIR FIDELIS FACCENDA - RS080364
JAYSON CAOVILLA VENDRUSCULO E OUTRO(S) - RS080568
RECORRIDO : ICATU SEGUROS S/A
ADVOGADO : MÁRCIO LOUZADA CARPENA - RS046582

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.