



COMARCA DE RONDA ALTA
VARA JUDICIAL
Av. Presidente Vargas, 1184

Processo nº: 148/1.11.0000351-9 (CNJ:.0000757-93.2011.8.21.0148),
148/1.11.0000340-3 e 148/1.11.0000350-0
Natureza: Ordinária - Outros
Autor: Sucessão de Ari Stramari
Adiles Maria Stramari
Réu: Companhia de Seguros Aliança do Brasil
Juiz Prolator: Juíza de Direito - Dra. Caroline Subtil Elias
Data: 17/12/2012

Vistos etc.

I – Relatórios (artigo 458, inciso I, do Código de Processo Civil)

Processo nº 148/1.11.0000351-9

SUCESSÃO DE ARI STRAMARI, devidamente representada na inicial, ajuizou “AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA” contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**, igualmente qualificada, aduzindo que Ari Stramari, celebrou com a ré um contrato de adesão de seguro devida, conforme apólice nº 000000002, com capital segurado de R\$ 67.068,19 em caso de morte natural. Disse que, no dia 18/10/2010, Ari faleceu, tendo comunicado o fato à seguradora ré (aviso de sinistro nº 77201007347/77201007348), a qual negou o pagamento alegando que o falecido era sabedor da doença relacionada como causa de sua morte. Asseriu que caberia a seguradora ter solicitado exames médicos antes de firmar o seguro. Requereu a procedência para condenar a ré no valor de R\$ 67.068,19, acrescido de juros e correção monetária do total do débito, desde a data do óbito (18/10/2010). Pediu a concessão da assistência judiciária gratuita. Colacionou procuração e documentos (fls. 06/37 e 39/46).

Recebida a inicial e concedida a assistência judiciária gratuita (fl. 38).

Citada (fl. 47v), a ré apresentou contestação nas fls.



48/63. Sustentou, em preliminar, a ilegitimidade ativa, afirmando que no contrato firmado, o Banco do Brasil figurou como beneficiário estipulante (cláusula 7), de maneira que a legitimidade para o feito era do mesmo, alegando também que o seguro não compreende a herança, mas sim um beneficiário. Salientou a omissão de doença preexistente responsável pelo óbito do segurado, pois quando da contratação o *de cujus* já sabia que era portador de hipertensão arterial, diabetes (inclusive com “pé diabético”) e insuficiência periférica, o que gerou sua morte. Mencionou que desde o ano de 2002 o falecido fazia tratamento junto ao Hospital padre Eugênio Medicheschi com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes insulino dependente, com controles inadequados que já resultara em complicação: pé diabético e insuficiência arterial periférica. Frisou que o falecido foi atendido em 07/02/2002, 17/7/2003, 03/01/2006, 08/02/2008, 15/4/2008, 15/8/2008, 20/8/2008 e 26/01/2009. Destacou que conforme registros médicos a diabetes que acometia o segurado não era controlada, tanto que apresentava níveis altos de glicose no sangue (mais de 200mg/dl) e o chamado “pé diabético”. Ressaltou que o segurado usava medicamentos continuados para controle das patologias, tendo realizado, também, exames junto ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, cujos laudos foram emitidos em 14/4/2007, 09/6/2009 e 19/02/2010. Asseriu que o contrato foi firmado em 25/8/2010, o que justifica a negativa do seguro, ressaltando que o extinto, quando assinou a proposta, declarou que não era portador de qualquer doença que o obrigasse a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada e que não teria feito tratamento em regime hospitalar nos últimos três anos, o que não era verdadeiro. Frisou a ofensa ao princípio da boa-fé objetiva. Disse que não é obrigada a pagar a indenização ou restituir o prêmio do seguro no caso de declarações inexatas ou falsas (cláusula 16.1 das condições gerais do contrato). Alternativamente, sustentou que no caso de condenação a atualização monetária deveria se dar desde a data do ajuizamento da ação e os juros desde a citação. Pleiteou o acolhimento da preliminar, com a extinção do feito, sem resolução de mérito, ou no mérito, a improcedência. Acostou documentos (fls. 64/97).

Houve réplica (fls. 98/99).

Em saneador, restou afastada a prefacial de ilegitimidade ativa arguida e determinada a intimação das partes acerca do interesse probatório (fls. 100/101). Dessa decisão, a ré interpôs agravo



retido (fls. 109/112), que foi recebido (fl. 114).

A ré postulou a expedição de ofício ao Hospital Beneficente Padre Eugênio Medicheschi, ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, ao Hospital São Vigente de Paulo, aos médicos Dr. Nail Mousa Yasin e Dr. Luciano A. Tonin, para que apresentassem documentos referentes a atendimentos, tratamentos e internações do segurado; a realização de perícia médica indireta; a oitiva de testemunhas; e o depoimento pessoal da parte autora (fls. 105/108). A parte demandante referiu que os documentos colacionados aos autos eram suficientes para provar suas alegações (fl. 113).

Deferido a expedição de ofícios e denegado o pedido de perícia indireta e de concessão de prazo para a juntada de rol de testemunhas (fl. 114). A demandada interpôs embargos de declaração (fls. 121/124), que foram acolhidos no tocante ao indeferimento da realização de perícia para sanar omissão, fundamentando tal denegação, e desacolhidos em relação à prova testemunhal, já que o prazo era preclusivo (fls. 125/126).

Colacionados documentos pelo Laboratório Unidos Análises Clínicas e pelo Hospital São Vigente de Paulo (fls. 127/140).

A parte ré interpôs agravo de instrumento em face das decisões que denegaram a realização de perícia e a apresentação de rol de testemunhas (fls. 143/157), o qual não foi conhecido (fls. 158/160), havendo a interposição de embargos de declaração, que foram acolhidos para conhecer o agravo de instrumento e determinar sua conversão em retido (fls. 163/205).

Determinado o cumprimento do despacho proferido no feito nº 148/1.11.0000350-0 que reconheceu a conexão com aquele processo e os de nºs 148/1.11.0000340-3 e 148/1.11.0001415-4, com o apensamento das demandas (fl. 161).

Processo nº 148/1.11.0000340-3

SUCESSÃO DE ARI STRAMARI, devidamente representada na inicial, ajuizou “AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA”



contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**, igualmente qualificada, aduzindo que Ari Stramari, celebrou com a ré um contrato de adesão de seguro devida, conforme apólice nº 000000002, com capital segurado de R\$ 58.320,16 em caso de morte natural. Disse que, no dia 18/10/2010, Ari faleceu, tendo comunicado o fato à seguradora ré (aviso de sinistro nº 77201007337/77201007348), a qual negou o pagamento alegando que o falecido era sabedor da doença relacionada como causa de sua morte. Asseriu que caberia a seguradora ter solicitado exames médicos antes de firmar o seguro. Requereu a procedência para condenar a ré no valor de R\$ 58.320,16, acrescido de juros e correção monetária do total do débito, desde a data do óbito (18/10/2010). Pediu a concessão da assistência judiciária gratuita. Colacionou procuração e documentos (fls. 06/34 e 39/46).

Indeferida a assistência judiciária gratuita (fl. 35), tendo a parte autora adimplido as custas (fls. 36/37).

Recebida a inicial (fl. 38).

Citada (fl. 47v), a ré apresentou contestação nas fls. 48/63. Sustentou, em preliminar, a ilegitimidade ativa, afirmando que no contrato firmado, o Banco do Brasil figurou como beneficiário estipulante (cláusula 7), de maneira que a legitimidade para o feito era do mesmo, alegando também que o seguro não compreende a herança, mas sim um beneficiário. Salientou a omissão de doença preexistente responsável pelo óbito do segurado, pois quando da contratação o *de cujus* já sabia que era portador de hipertensão arterial, diabetes (inclusive com “pé diabético”) e insuficiência periférica, o que gerou sua morte. Mencionou que desde o ano de 2002 o falecido fazia tratamento junto ao Hospital padre Eugênio Medicheschi com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes insulino dependente, com controles inadequados que já resultara em complicação: pé diabético e insuficiência arterial periférica. Frisou que o falecido foi atendido em 07/02/2002, 17/7/2003, 03/01/2006, 08/02/2008, 15/4/2008, 15/8/2008, 20/8/2008 e 26/01/2009. Destacou que conforme registros médicos a diabetes que acometia o segurado não era controlada, tanto que apresentava níveis altos de glicose no sangue (mais de 200mg/dl) e o chamado “pé diabético”. Ressaltou que o segurado usava medicamentos continuados para controle das patologias, tendo realizado, também, exames junto ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, cujos



laudos foram emitidos em 14/4/2007, 09/6/2009 e 19/02/2010. Asseriu que o contrato foi firmado em 25/8/2010, o que justifica a negativa do seguro, ressaltando que o extinto, quando assinou a proposta, declarou que não era portador de qualquer doença que o obrigasse a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada e que não teria feito tratamento em regime hospitalar nos últimos três anos, o que não era verdadeiro. Frisou a ofensa ao princípio da boa-fé objetiva. Disse que não é obrigada a pagar a indenização ou restituir o prêmio do seguro no caso de declarações inexatas ou falsas (cláusula 16.1 das condições gerais do contrato). Alternativamente, sustentou que no caso de condenação a atualização monetária deveria se dar desde a data do ajuizamento da ação e os juros desde a citação. Pleiteou o acolhimento da preliminar, com a extinção do feito, sem resolução de mérito, ou no mérito, a improcedência. Acostou documentos (fls. 64/101).

Houve réplica (fls. 102/103).

Em saneador, restou afastada a prefacial de ilegitimidade ativa arguida e determinada a intimação das partes acerca do interesse probatório (fls. 104/105). Dessa decisão, a ré interpôs agravo retido (fls. 113/116), que foi recebido (fl. 117).

Quanto às provas, a parte autora referiu que os documentos colacionados aos autos eram suficientes para provar suas alegações (fl. 108) e a ré postulou a expedição de ofícios ao Hospital Beneficente Padre Eugênio Medicheschi, ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, ao Hospital São Vigente de Paulo, e aos médicos Dr. Nail Mousa Yasin e Dr. Luciano A. Tonin, para que apresentassem documentos referentes a atendimentos, tratamentos e internações do segurado; a realização de perícia médica indireta; a oitiva de testemunhas; e o depoimento pessoal da parte autora (fls. 109/112).

Deferida a expedição de ofícios e indeferido o pedido de perícia médica indireta e de concessão de prazo para a juntada de rol de testemunhas (fl. 117). A demandada interpôs embargos de declaração (fls. 124/127), que foram acolhidos no tocante ao indeferimento da realização de perícia para sanar omissão, fundamentando tal denegação, e desacolhidos em relação à prova testemunhal, já que o prazo era preclusivo (fls. 135/136).



Acostados documentos pelo Hospital Beneficente Padre Eugênio Medicheschi, Hospital São Vigente de Paulo e Laboratório Unidos Análises Clínicas (fls. 128/134, 137/150 e 175/181).

A parte ré interpôs agravo de instrumento em face das decisões que denegaram a realização de perícia e a apresentação de rol de testemunhas (fls. 153/166), o qual não foi recebido, mas convertido em agravo retido (fls. 168/171 e 182/208).

Determinado o aguardo do cumprimento de despacho proferido no feito nº 148/1.11.0000350-0 (fl. 209).

Processo nº 148/1.11.0000350-0

SUCESSÃO DE ARI STRAMARI, devidamente representada na inicial, ajuizou “AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA” contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**, igualmente qualificada, aduzindo que Ari Stramari, celebrou com a ré um contrato de adesão de seguro devida, conforme apólice nº 000012114, com capital segurado de R\$ 24.876,85 em caso de morte natural. Disse que, no dia 18/10/2010, Ari faleceu, tendo comunicado o fato à seguradora ré (aviso de sinistro nº 93201010630), a qual negou o pagamento alegando que o falecido era sabedor da doença relacionada como causa de sua morte. Asseriu que caberia a seguradora ter solicitado exames médicos antes de firmar o seguro. Requereu a procedência para condenar a ré no valor de R\$ 24.876,85, acrescido de juros e correção monetária do total do débito, desde a data do óbito (18/10/2010). Pediu a concessão da assistência judiciária gratuita. Colacionou procuração e documentos (fls. 06/33).

Indeferida a assistência judiciária gratuita (fl. 34), tendo a parte autora adimplido as custas (fls. 35/36).

Recebida a inicial e concedida a assistência judiciária gratuita (fl. 37).

Citada (fl. 38v), a ré apresentou contestação nas fls. 39/53. Sustentou, em preliminar, a ilegitimidade ativa, afirmando que o



seguro não compreende a herança, mas sim um beneficiário. Salientou a omissão de doença preexistente responsável pelo óbito do segurado, pois quando da contratação o *de cujus* já sabia que era portador de hipertensão arterial, diabetes (inclusive com “pé diabético”) e insuficiência periférica, o que gerou sua morte. Mencionou que desde o ano de 2002 o falecido fazia tratamento junto ao Hospital padre Eugênio Medicheschi com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes insulino dependente, com controles inadequados que já resultara em complicação: pé diabético e insuficiência arterial periférica. Frisou que o falecido foi atendido em 07/02/2002, 17/7/2003, 03/01/2006, 08/02/2008, 15/4/2008, 15/8/2008, 20/8/2008 e 26/01/2009. Destacou que conforme registros médicos a diabetes que acometia o segurado não era controlada, tanto que apresentava níveis altos de glicose no sangue (mais de 200mg/dl) e o chamado “pé diabético”. Ressaltou que o segurado usava medicamentos continuados para controle das patologias, tendo realizado, também, exames junto ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, cujos laudos foram emitidos em 14/4/2007, 09/6/2009 e 19/02/2010. Asseriu que o contrato foi firmado em 4/2/2005, o que justifica a negativa do seguro, ressaltando que o extinto, quando assinou a proposta, declarou que não era portador de qualquer doença que o obrigasse a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada e que não teria feito tratamento em regime hospitalar nos últimos três anos, o que não era verdadeiro. Frisou a ofensa ao princípio da boa-fé objetiva. Disse que não é obrigada a pagar a indenização ou restituir o prêmio do seguro no caso de declarações inexatas ou falsas (cláusula 16.1 das condições gerais do contrato). Alternativamente, sustentou que no caso de condenação a atualização monetária deveria se dar desde a data do ajuizamento da ação e os juros desde a citação. Pleiteou o acolhimento da preliminar, com a extinção do feito, sem resolução de mérito, ou no mérito, a improcedência. Acostou documentos (fls. 54/105).

Houve réplica (fls. 106/110).

Em saneador, restou reconhecida a prefacial de ilegitimidade ativa, mas, por economia processual, determinada a adequação do polo ativo (fls. 111/112), tendo a parte autora emendado a inicial, a fim de figurar como demandante somente a viúva ADILES MARIA STRAMARI (fls. 113/114).



Acolhida a emenda à inicial (fl. 115).

Da decisão que acolheu a ilegitimidade ativa, a ré interpôs embargos de declaração (fls. 117/119), os quais foram rejeitados (fls. 120/121), tendo a demandada interposto agravo de instrumento (fls. 123/132), que teve o seguimento negado (fls. 133/136 e 145/151).

Instadas as partes acerca do interesse probatório (fls. 137), a autora silenciou e a requerida postulou a expedição de ofícios ao Hospital Beneficente Padre Eugênio Medicheschi, ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, ao Hospital São Vigente de Paulo e aos médicos Dr. Nail Mousa Yasin e Dr. Luciano A. Tonin, para que apresentassem documentos referentes a atendimentos, tratamentos e internações do segurado; a realização de perícia médica indireta; a oitiva de testemunhas; e o depoimento pessoal da parte autora (fls. 139/142).

Deferida a expedição dos ofícios e denegado o pedido de perícia médica indireta e de concessão de prazo para a juntada de rol de testemunhas (fl. 152). A demandada interpôs embargos de declaração (fls. 165/168), que foram acolhidos no tocante ao indeferimento da realização de perícia para sanar omissão, fundamentando tal denegação, e desacolhidos em relação à prova testemunhal, já que o prazo era preclusivo (fls. 169/170).

Colacionados documentos pelo Hospital Beneficente Padre Eugênio Medicheschi (fls. 159/164).

A parte ré interpôs agravo de instrumento em face das decisões que denegaram a realização de perícia e a apresentação de rol de testemunhas (fls. 173/188), o qual restou parcialmente provido, para afastar a preclusão da apresentação de rol de testemunhas (fls. 189/193).

Diante da manifestação e documentos das fls. 196/211, foi reconhecida a conexão com os processos nºs 148/1.11.0000351-9, 148/1.11.0000340-3 e 148/1.11.0001415-4, bem como determinado o apensamento, para julgamento conjunto (fl. 194).

Restou certificado o não apensamento do feito nº 148/1.11.0001415-4 em virtude de estar conclusivo para sentença (fl. 194v).



A demandada postulou novamente o deferimento da realização de perícia (fls. 212/217).

Mantida a decisão de indeferimento da prova pericial, determinada a intimação das partes acerca dos documentos juntados pela instituição médica e para apresentação de rol de testemunhas (fl. 218).

As partes de manifestaram nas fls. 220/222 e 223/224, tendo a ré arrolado testemunhas.

Indeferida a realização de prova testemunhal (fls. 225/226), tendo a ré interposto embargos de declaração (fls. 228/231), que não foram conhecidos (fl. 232), motivo pelo qual a demandada interpôs agravo de instrumento (fls. 234/253), que foi convertido em agravo retido, com embargos de declaração desacolhidos (fls. 255/257 e 283/311).

A requerida peticionou, colacionando decisão proferida no feito nº 148/1.11.0001415-4, que restou improcedente (fls. 258/270).

Sobrevieram manifestações autorais, pugnando pela procedência da demanda e concessão da assistência judiciária gratuita (fls. 275/277 e 278/282).

Vieram os autos conclusos.

É o relatório.

Decido.

II – Fundamentação (artigo 458, inciso II, do Código de Processo Civil)

Considerando a conexão dos feitos já reconhecida, viável o julgamento conjunto das demandas, principalmente em decorrência da situação fática ser a mesma, apenas diferindo a apólice contratada em cada demanda, o que justifica a análise meritória simultânea.

Do julgamento antecipado



Os feitos comportam julgamento antecipado, porque independem de dilação probatória. Isso porque os documentos juntados aos autos são suficientes a comprovar as alegações das partes, não havendo necessidade de oitiva de testemunhas. Quanto à prova pericial, seria impraticável no presente momento, quando o segurado já é falecido. A análise acerca do real estado de saúde do beneficiário deveria ter sido realizada pela demandada no momento da realização do seguro, o que não fez, sendo que para apurar no presente feito acerca do conhecimento pretérito ou não pelo segurado da sua doença, são suficientes os documentos médicos colacionados aos autos.

Outrossim, vale registrar que a própria parte autora, principal interessada em comprovar os fatos constitutivos de seu direito, em todos os feitos, quando instada para tanto, informou não ter outras provas, postulando o imediato julgamento dos processos.

Julgo, assim, nos termos do artigo 330, inciso I, do Código de Processo Civil.

Da assistência judiciária gratuita

A parte autora almeja, nos autos do feito nº 148/1.11.0000350-0, a concessão da assistência judiciária gratuita. Contudo, tal benesse já foi deferida na fl. 37, que ora vai mantida. Ademais, considerando o seu deferimento também nos processos nºs 148/1.11.0001415-4 (fls. 281/282) e 148/1.11.0000351-9, é de ser estendida a assistência judiciária gratuita à ação nº 148/1.11.0000340-3.

Do mérito

In casu, tenho que a parte autora não faz jus à indenização pleiteada em relação aos seguros de vida firmados por Ari Stramari, apólices nºs 000000002 (operação rural vinculada nº 000.400.249-5), 000000002 (operação rural vinculada nº 000.400.249-4) e 000001251200 (proposta nº 020638237), contratados, respectivamente, em 27/8/2010 (148/1.11.0000351-9, fls. 32/34), 27/8/2010 (148/1.11.0000340-3, fls. 32/34), e 04/2/2005 (148/1.11.0000350-0, fls. 32/33).



Isso porque restou evidenciado que o segurado prestou declarações inexatas e omitiu fatos quando da aceitação da proposta.

Veja-se que nas propostas declarou o segurado que não era portador de qualquer doença que o obrigasse a acompanhamento médico ou a utilização de medicamentos de forma continuada e que não teria feito tratamento em regime hospitalar nos últimos três anos (148/1.11.0000351-9, fls. 92/93; 148/1.11.0000340-3, fl. 82/83; e 148/1.11.0000350-0, fls. 32v e 58/59), ressaltando que assinou ciente de que, caso não representasse a verdade, determinaria a nulidade dos seguros, sem o pagamento das indenizações ou restituição de prêmios pela seguradora. Documentos assinados de punho do segurado, fato, aliás, não contestado pela parte autora, restando, pois, incontroverso (artigo 334 do Código de Processo Civil). Ainda, ressalte-se que os cartões-proposta foram redigidos em letra legível e possuíam apenas duas perguntas claras e objetivas, cuja resposta limitava-se a “sim” ou “não”. Deste modo, não há como negar que o contratante tinha consciência das declarações que estava prestando.

No entanto, a prova produzida nos autos foi conclusiva no sentido de que o segurado já tinha pleno conhecimento de seu estado de saúde quando do preenchimento das referidas propostas.

Conforme documentos das fls. 160/164 do feito nº 148/1.11.0000350-0 e fls. 129/134 do processo nº 148/1.11.0000340-3, embora não muito legíveis, demonstram que desde o ano de 2002 o segurado fazia tratamento junto ao Hospital Padre Eugênio Medicheschi com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes insulino dependente, tendo sido atendido em 07/02/2002, 17/7/2003, 03/01/2006, 08/02/2008, 15/4/2008, 15/8/2008, 20/8/2008 e 26/01/2009. A demonstrar que a diabetes que acometia o segurado não era controlada, apresentava níveis altos de glicose no sangue (mais de 200mg/dl), consoante exames realizados junto ao Laboratório Unidos Análises Clínicas, cujos laudos foram emitidos em 14/4/2007, 09/6/2009 e 11/02/2010 (fls. 176/181 da demanda nº 148/1.11.0000340-3 e fls. 128/133 do feito nº 148/1.11.0000351-9). Veja-se que no exame realizado em 14/4/2007, sua glicose estava em 340 mg/dl, quando o normal, conforme se afere do próprio exame é entre 70 a 105,00 mg/dl.



O documento da Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, datado de 19/5/2003, indica que o segurado/falecido utilizada já naquela época anti-hipertensivo (fls. 135/140 da ação nº 148/1.11.0000351-9 e fls. 138/150 da demanda nº 148/1.11.0000340-3). Aliás, o documento que indica atendimento em 09/10/2008 aponta que o extinto possuía HAS, que significa Hipertensão Arterial Sistêmica¹.

Não há dúvida, pois, que o segurado, antes de firmar os contratos de seguro (27/8/2010, 148/1.11.0000351-9; 27/8/2010, 148/1.11.0000340-3; e 04/2/2005, 148/1.11.0000350-0), mesmo que os dois primeiros sejam na modalidade de prestamista, tinha conhecimento que possuía diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Por sua vez, a *causa mortis* do mesmo, conforme certidão de óbito, foi “infarto agudo do miocárdio, diabetes melito, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica” (fl. 31 dos três feitos). Portanto, cristalino que a morte do réu decorreu das doenças que já apresentava muito antes da contratação. Registre-se, apenas a título elucidativo, que a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) pode levar ao quadro de infarto agudo de miocárdio, conforme doutrina médica obtida no *site* da wikipédia²:

“A hipertensão arterial (HTA), hipertensão arterial sistêmica (HAS) conhecida popularmente como pressão alta é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, aferida com esfigmomanômetro (aparelho de pressão) ou tensiômetro, tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo e outras causas.[1] Ela ocorre a ativação excessiva de uma proteína chamada de RAC1.[2] Pessoas negras possuem mais risco de serem hipertensas.[3] A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude.[4]

Existe um problema para diferenciar a pressão alta da pressão considerável normal. Ocorre variabilidade entre a pressão diastólica e a pressão sistólica e é difícil determinar o que seria considerado normal e anormal neste caso. Alguns estudos farmacológicos antigos criaram um mito de que a pressão diastólica elevada seria mais comprometedora da saúde que a sistólica. Na realidade, um aumento nas duas é fator de risco.[5][6]

¹ Conforme informações obtidas no *site*: <http://www.webacademia.com.br/patologias/66-hipertensao-arterial-sistemica-has.html>. Acesso em: 14/12/2012.

²Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial>. Acesso em: 14/12/2012.



Considera-se hipertenso o indivíduo que mantém uma pressão arterial acima de 140 por 90 mmHg ou 14x9, durante seguidos exames, de acordo com o protocolo médico. Ou seja, uma única medida de pressão não é suficiente para determinar a patologia.[1][3] A situação 14x9 inspira cuidados e atenção médica pelo risco cardiovascular.

Pressões arteriais elevadas provocam alterações nos vasos sanguíneos e na musculatura do coração. Pode ocorrer hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral (AVC), **infarto do miocárdio**, morte súbita, insuficiências renal e cardíacas, etc.[7]

O tratamento pode ser medicamentoso e/ou associado com um estilo de vida mais saudável. De forma estratégica, pacientes com índices na faixa 85-94 mmHg (pressão diastólica) inicialmente não recebem tratamento farmacológico.[7]” (grifei)

Evidente, pois, a vinculação das doenças pré-existentes do segurado com a sua morte.

Portanto, patente a má-fé do segurado quando do preenchimento das propostas perante à estipulante, omitindo o seu real estado de saúde para obter futura indenização e poder garantir os contratos que estava firmando com o Banco.

Tecendo considerações sobre a boa-fé contratual nos seguros, o doutrinador Arnaldo Rizzardo³:

“As partes são obrigadas a dirigir a manifestação da vontade dentro dos interesses que as levaram a se aproximarem, de forma clara e autêntica, sem o uso de subterfúgios ou intenções outras que as não expressas no instrumento formalizado. A segurança das relações jurídicas depende, em grande parte, da probidade e da boa-fé, isto é, da lealdade, da confiança recíproca, da justiça, da equivalência das prestações e contraprestações, da coerência e clarividência dos direitos e deveres. Impende que haja entre os contratantes um mínimo necessário de credibilidade, sem o qual os negócios não encontrariam ambiente propício para se efetivarem. O conjunto desses valores constitui um pressuposto gerado pela probidade e boa-fé, ou sinceridade das vontades ao firmarem os direitos e obrigações. Sem os princípios, fica viciado o consentimento das partes. Embora a contraposição de interesses, as condutas dos estipulantes subordinam-se a regras comuns e

³ RIZZARDO, Arnaldo. *Contratos*: Lei nº 10.406, de 10.01.2002. Rio de Janeiro: Forense, 2005, p. 32.



básicas da honestidade, reconhecidas tão-só em face da justeza e boa-fé que impregnam as mentes”.

Dessa forma, não faz a parte autora, ou mesmo a estipulante/beneficiária, jus à qualquer indenização por morte. Aplica-se ao caso o disposto nos artigos 765 e 766 do Código Civil de 2002, *in verbis*:

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.

Sobre o tema, colaciono jurisprudência de casos análogos:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. PLANO DE PECÚLIO E SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. NEGATIVA DA SEGURADORA. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. 1.O primeiro pacto mantido entre as partes trata-se de contrato de seguro de vida em grupo e o segundo, embora denominado de Plano de Pecúlio, possui natureza dúplici, também relativa a pacto de seguro de vida, porquanto prevê o pagamento de quantia pecuniária aos beneficiários no caso de morte do proponente. 2.O contrato de seguro tem o objetivo de garantir o pagamento de indenização para a hipótese de ocorrer à condição suspensiva, consubstanciada no evento danoso previsto contratualmente, cuja obrigação do segurado é o pagamento do prêmio devido e de prestar as informações necessárias para a avaliação do risco. Em contrapartida a seguradora deve informar as garantias dadas e pagar a indenização devida no lapso de tempo estipulado. Inteligência do art. 757 do Código Civil. 3.Igualmente, é elemento essencial deste tipo de pacto a boa-fé, caracterizado pela sinceridade e lealdade nas informações prestadas pelas partes e cumprimento das obrigações avençadas, nos termos do art. 422 da atual legislação civil. 4.Contudo, desonera-se a seguradora de satisfazer a obrigação assumida apenas na hipótese de ser comprovado o dolo ou má-fé do segurado para a implementação do risco e obtenção da referida indenização. 5.Assim, caso seja agravado intencionalmente o risco estipulado, ocorrerá o desequilíbrio da relação contratual, onde a seguradora receberá um prêmio inferior à condição de perigo de dano garantida, em desconformidade com o avençado e o disposto no art. 768 da lei



civil, não bastando para tanto a mera negligência ou imprudência do segurado. 6.No caso em exame o segurado tinha plena ciência de seu estado de saúde quando da contratação do seguro objeto da presente lide, omitindo intencionalmente este dado. 7.Em 06/01/2004, o autor foi internado no Hospital Parque Belém para tratamento de transtorno mental e comportamental devido ao uso do álcool, dependência de álcool, doença que, posteriormente, levou-o ao óbito. **8. Portanto, não merece guarida as alegações da parte recorrente, tendo em vista que o segurado já tinha conhecimento de sua enfermidade quando da contratação dos seguros, de sorte que, por questão de lealdade contratual, deveria ter declinado nas declarações pessoais de saúde esta condição, cuja sonegação consciente importa em desonerar a seguradora-ré do dever de indenizar, em função do agravamento do risco. 9.Assim, descabe o pagamento da indenização contratada, pois ausente a boa-fé objetiva quando da realização dos referidos pactos, o que ocasionou o agravamento do risco contratado, elementos essenciais que afastam a responsabilidade de reparar o evento garantido, nos termos dos artigos 422 e 766, ambos do Código Civil.** Negado provimento ao apelo. (Apelação Cível Nº 70043970110, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 31/08/2011) (grifei)

SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. NEGATIVA DE COBERTURA. BENEFICIÁRIA. COMPANHEIRA. Não obstante a autora tenha sido indicada como beneficiária do seguro de vida, na condição de *companheira* do segurado, não tem direito à indenização por sua morte, pois o mesmo era casado. Assim, fazendo incidir o disposto no art. 793 do CC de 2002. Outrossim, restando suficientemente demonstrado, pela prova documental, que o segurado já era portador de doença que o levou ao óbito, omitindo tal circunstância quando da contratação, justificada se mostra a recusa da seguradora, ao pagamento da indenização perseguida. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70022849467, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 19/03/2008).

SEGURO DE VIDA. PAGAMENTO DO VALOR ESTIPULADO NA APÓLICE NEGADO. OMISSÃO DO SEGURADO QUANDO DO PREENCHIMENTO DO CARTÃO-PROPOSTA. FALTA DE INFORMAÇÕES. DOENÇA PREEXISTENTE. Tendo a seguradora omitido informações relevantes à contratação, relativamente ao seu estado de saúde, quando do preenchimento do cartão-proposta, cabível a negativa do pagamento do valor estipulado na apólice, por parte da seguradora. Inteligência do artigo 1.444 do



antigo Código Civil. Apelo desprovido. (Apelação Cível Nº 70020545661, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 13/02/2008).

Diante disso, a improcedência dos pedidos das três demandas ajuizadas em face da seguradora é medida que se impõe.

III – **Dispositivo** (artigo 458, inciso III, do Código de Processo Civil)

EM FACE DO QUE FOI EXPOSTO, com fulcro no artigo 269, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo **IMPROCEDENTE** o pedido aduzido no feito nº **148/1.11.0000351-9** pela **SUCCESSÃO DE ARI STRAMARI** contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**.

Sucumbente, condeno a parte autora ao pagamento das custas e honorários advocatícios, que fixo em R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), nos termos do artigo 20, §4º, do Código de Processo Civil, suspensa a exigibilidade por litigar ao abrigo da assistência judiciária gratuita (artigo 12 da Lei nº 1.060/50).

Ainda, com fulcro no artigo 269, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo **IMPROCEDENTE** o pedido aduzido no processo nº **148/1.11.0000340-3** pela **SUCCESSÃO DE ARI STRAMARI** contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**.

Sucumbente, condeno a parte demandante ao pagamento das custas e honorários advocatícios, que fixo em R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), nos termos do artigo 20, §4º, do Código de Processo Civil, suspensa a exigibilidade por litigar ao abrigo da assistência judiciária gratuita (artigo 12 da Lei nº 1.060/50), ora concedida por extensão aos demais feitos.

Por fim, com fulcro no artigo 269, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo **IMPROCEDENTE** o pedido aduzido na demanda nº **148/1.11.0000350-0** por **ADILES MARIA STRAMARI** contra **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL S/A**.

Diante da sucumbência, condeno a autora ao pagamento das custas e honorários advocatícios, que fixo em R\$ 2.500,00



(dois mil e quinhentos reais), nos termos do artigo 20, §4º, do Código de Processo Civil, suspensa a exigibilidade por litigar ao abrigo da assistência judiciária gratuita (artigo 12 da Lei nº 1.060/50), ora mantida.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Ronda Alta, 17 de dezembro de 2012.

Caroline Subtil Elias,
Juíza de Direito