



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000347351

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015495-21.2020.8.26.0114, da Comarca de Campinas, em que é apelante PATRÍCIA STELLA PUCHARELLI FONTANINI, é apelado PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 30ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores MONTE SERRAT (Presidente) E PAULO ALONSO.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

MARCOS GOZZO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº: 1015495-21.2020.8.26.0114

Apelantes: Patrícia Stella Pucharelli Fontanini

Apelados: Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais

Autos em primeiro grau nº: 1015495-21.2020.8.26.0114

Juiz Prolator da Sentença: Dra. Giuliana Casalenuovo Brizzi Herculian

2ª Vara Cível do Foro de Campinas

VOTO Nº 22793

EMBARGOS À EXECUÇÃO. Seguro de vida. Sentença que julgou o pedido inicial procedente. Insurgência da requerida. Alegação de existência de cobertura. Doença preexistente. Inadmissibilidade. Perícia médica que atestou a ciência inequívoca do contratante. Precedentes. Sentença mantida.

Recurso desprovido.

1. Recebo o recurso nos efeitos devolutivo e suspensivo.

2. Cuida-se de embargos à execução opostos por **Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais** em face de **Patrícia Stella Pucharelli Fontanini**, cujo pedido foi julgado procedente. Na oportunidade, atribuiu-se à demandada o pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios (fls. 737/742).

Irresignada, apelou a embargada reiterando a argumentação de vigência da apólice e indevida recusa administrativa de cobertura (fls. 745/761).

Recurso respondido (fls. 768/786).

É o relatório em acréscimo daquele constante da r. sentença recorrida.

Passo ao voto.

Narrou a requerida ter sido ajuizada execução em decorrência de contrato de seguro de vida firmado. Houve a recusa da cobertura, diante da doença preexistente omitida na contratação do seguro. Desta feita, pretende a extinção da execução em virtude da regularidade da negativa.

A demandada contestou o feito argumentado regularidade da contratação da apólice, bem como a inexistência de exames médicos solicitados pela seguradora. Argumenta, ainda, inexistência de nexo causal entre a doença e a *causa mortis*.

Após regular marcha processual, sobreveio sentença de procedência do pleito exordial, contra o que se insurgiu a embargada, segundo descrito alhures.

Pois bem.

A contratação de seguro restou incontroversa nos autos. A apelante reitera argumentação referente à existência de cobertura para o evento reclamado, tendo em vista ausência de nexo entre a doença preexistente.

Com efeito, a Súmula 609 do Colendo Superior Tribunal de Justiça dispõe que: “*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*”.

Não se olvida, portanto, que a seguradora deve exigir os exames médicos complementares ou demonstrar a má-fé do segurado. Quanto ao primeiro ponto, decorre dos autos que não foi exigido qualquer exame do contratante.

No entanto, no caso vertente, conforme laudo pericial do médico, o quadro patológico em questão era sabidamente conhecido e sua saúde estava em declínio, anterior, portanto, à contratação do seguro, que se deu em 10/09/2019 (fls. 672/674), o que demonstraria a má-fé do segurado, requisito alternativo para a recusa do pagamento.

Conforme consignado pelo juízo *a quo*: “*Pois bem. Ainda que a causa mortis (parada cardíaca súbita) não esteja diretamente relacionada ao quadro de imobilidade e restrição causado pela doença psíquica, é certo que quando da assinatura do presente contrato em 10/09/2019, o segurado já*

se encontrava com a saúde extremamente debilitada. Não obstante as alegações da embargada no sentido de que no momento da contratação a embargante não solicitou exame médico prévio, é certo que o questionamento acerca do estado de saúde do segurado constou do questionário que foi remetido a embargante, vez que integra o contrato.” (fls. 739).

Inarredável, portanto, a conclusão de que deve a seguradora não deveria ter efetuado o pagamento da cobertura, tal qual decidido pelo juízo *a quo*. Sobre o tema, precedentes do Superior Tribunal de Justiça, confirmam-se:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. NÃO COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO IMPROVIDO. (...) 2. Nos termos da jurisprudência do STJ: “Não comprovada a má-fé do segurado quando da contratação do seguro saúde e, ainda, não exigida, pela seguradora, a realização de exames médicos, não pode a cobertura securitária ser recusada com base na alegação da existência de doença pré-existente” (AgRg no AREsp 177.250/MT, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 30/10/2012). 3. Mediante análise do conjunto fático-probatório dos autos, tem-se que o Eg. Tribunal de origem concluiu que o segurado não procedeu de má-fé por ocasião da contratação do seguro. Nesse contexto, afigura-se inviável rever tal conclusão, tendo em vista o óbice da Súmula 7/STJ. 4. Agravo regimental improvido.” (STJ, AgInt no AREsp 826.988/MT, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 17/05/2016, DJe 03/06/2016).

“SEGURO SAÚDE. COBERTURA. RECUSA. MÁ-FÉ DO SEGURADO AO INFORMAR DOENÇAS PREEXISTENTES. PRÉVIA SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS. DEVER DA SEGURADORA. OBESIDADE MÓRBIDA JÁ EXISTENTE NA DATA DA CONTRATAÇÃO. VÍCIO DA MANIFESTAÇÃO DE VONTADE. AUSÊNCIA. 1. Provado nos autos que, no ato de assinatura do contrato, o recorrente já era portador de obesidade mórbida, os respectivos riscos certamente foram levados em consideração e aceitos pela seguradora ao admiti-lo como segurado, não se podendo falar em vício na manifestação de vontade. Ademais, diante do quadro de obesidade mórbida, era razoável supor que o segurado apresentasse problemas

de saúde dela decorrentes - inclusive diabetes, hipertensão e cardiopatia - de sorte que, em respeito ao princípio da boa-fé, a seguradora não poderia ter adotado uma postura passiva, de simplesmente aceitar as negativas do segurado quanto à existência de problemas de saúde, depois se valendo disso para negar-lhe cobertura. 2. Antes de concluir o contrato de seguro saúde, pode a seguradora exigir do segurado a realização de exames médicos para constatação de sua efetiva disposição física e psíquica, mas, não o fazendo e ocorrendo sinistro, não se eximirá do dever de indenizar, salvo se comprovar a má-fé do segurado ao informar seu estado de saúde. Precedentes. (...) 5. O princípio da boa-fé contratual, contido nos arts. 422 do CC/02 e 4º, III, do CDC, inclui o dever de não se beneficiar da má-fé da parte contrária. Ter-se-á caracterizada, nessa situação, o dolo recíproco ou bilateral, previsto no art. 150 do CC/02, consistente em tirar proveito da leviandade da outra parte para obter vantagem indevida no negócio. 6. Recurso especial provido.” (STJ, REsp 1230233/MG, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 03/05/2011, DJe 11/05/2011).

Destarte, por qualquer ângulo que se analise a irresignação recursal dos requeridos, imperiosa é a conclusão de que o apelo manejado deixou de trazer um único argumento capaz de infirmar, de forma clara e idônea, os escorreitos fundamentos da sentença hostilizada, tampouco de demonstrar qualquer desacerto da decisão de primeiro grau.

Por derradeiro, diante do desprovimento do recurso, majoro os honorários advocatícios devidos pelo autor para 15% sobre o valor da causa, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

MARCOS GOZZO
RELATOR