



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000383086

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1006382-70.2024.8.26.0577, da Comarca de São José dos Campos, em que é apelante AGEU GOMES RIBEIRO, é apelado ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S.A..

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E CLAUDIO GODOY.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº: 1006382-70.2024.8.26.0577

Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado

Relator: Antonio Carlos Santoro Filho

Apelante: AGEU GOMES RIBEIRO

Apelado: ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S.A.

Comarca: São José dos Campos

Voto nº: 443

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. CONTRATO DE SEGURO HABITACIONAL. IMPROCEDÊNCIA. SENTENÇA REFORMADA.

I. Caso em Exame

Ação de obrigação de fazer cumulada com restituição de parcelas pagas. O autor e sua falecida esposa celebraram contrato de empréstimo com alienação fiduciária e seguro habitacional. Contudo, após o óbito da segurada, houve a negativa de quitação de 50% do saldo devedor sob alegação de doença pré-existente não declarada. Autor busca quitação do saldo devedor e restituição das parcelas pagas após o óbito do cônjuge.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se a seguradora pode recusar a cobertura securitária sob alegação de doença pré-existente sem ter exigido exames prévios ou demonstrado má-fé do segurado.

III. Razões de Decidir

3. A seguradora não exigiu exames prévios nem forneceu Declaração Pessoal de Saúde para preenchimento, o que torna ilícita a recusa de cobertura por doença pré-existente, conforme súmulas 609 do STJ e 105 do TJ-SP, sendo a aplicação da segunda por analogia.

4. A contratação do seguro foi obrigatória para o empréstimo, e a seguradora aceitou a contratação sem informações sobre a saúde da segurada, implicando anuência e responsabilidade.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso provido.

Tese de julgamento: 1. A recusa de cobertura por doença pré-existente é ilícita sem exames prévios ou má-fé comprovada. 2. A seguradora deve honrar o contrato e quitar 50% do saldo devedor bem como restituir valores pagos após o óbito da cônjuge do autor.

Trata-se de ação de obrigação de fazer cumulada com restituição de parcelas pagas, em que a parte autora sustenta, em síntese, que foi casado com Maria Helena Toledo Ribeiro, e que no dia 19/7/2022 celebraram contrato de empréstimo com alienação fiduciária em garantia, no valor de R\$ 239.000,00, a ser pago em 108 meses, sendo oferecido como garantia um lote matriculado sob o n. 49.863, registrado no Cartório de Registro de Imóveis de São Paulo. Além disso, foi firmado um contrato de seguro habitacional obrigatório, com o objetivo de liquidar o saldo devedor em caso de morte ou invalidez permanente de qualquer um dos contratantes. Ocorre que a Sra. Maria veio a falecer e, ao acionar o seguro, este negou a quitação de 50% do saldo devedor, sob a justificativa de que havia doença pré-existente. Aduz, contudo, que a alegação não merece prosperar, pois todos os documentos necessários foram fornecidos à seguradora antes da contratação. Afirma, ainda, que não houve questionários sob o histórico médico/clínico nem a exigência de exames prévios, de modo que a recusa na cobertura é injustificada. Requer a aplicação do código de defesa do consumidor, ante sua vulnerabilidade, postulando a inversão do ônus da prova. Defende, ademais, que houve violação ao CDC. Postula a restituição das parcelas pagas com vencimento posterior ao óbito.

Deferia a justiça gratuita à parte autora (fls. 129).

Contestação a fls. 135/155, alegando o requerido, em preliminar, ilegitimidade ativa do autor para pleitear o pagamento da importância segurada, pois se trata de direito de terceiro. Ademais, sustenta a necessidade de litisconsórcio passivo necessário. Impugna, ainda, a justiça gratuita concedida ao autor. No mérito aduz que inexistente o dever de indenizar, pelo fato de haver doença pré-existente e houve omissão de tal fato quando da assinatura do contrato, sendo que este prevê claramente a exclusão de cobertura na hipótese de haver doença anterior. Em caso de condenação, sustenta que deve haver um limite, baseado no capital segurado. Defende, ainda, a impossibilidade de inversão do ônus da prova.

Réplica a fls. 231/239.

Sobreveio, então, sentença de fls. 241/246, julgando improcedentes os pedidos.

Embargos de declaração interpostos pelo autor (fls. 249/251) foram
Apelação Cível nº 1006382-70.2024.8.26.0577 -Voto nº 443

rejeitados (fls. 252).

Insurgência da parte autora (fls. 255/268), pleiteando a reforma da sentença, para condenar a apelada a quitar 50% do saldo devedor do empréstimo diante do falecimento da segurada, devendo, ainda, promover a restituição das parcelas pagas indevidamente após o óbito da esposa do apelante, devidamente corrigidas e com a incidência de juros de mora a partir do efetivo desembolso.

Houve oferta de contrarrazões (fls. 272/283).

Recurso tempestivo e sem preparo, uma vez que a parte autora é beneficiária da justiça gratuita.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

VOTO.

De proêmio, rejeito a preliminar de deserção arguida em contrarrazões, uma vez que o autor é beneficiário da justiça gratuita, não logrando êxito a ré em demonstrar, como lhe competia, a capacidade econômica do autor para arcar com os custos do processo sem prejuízo do próprio sustento.

Ademais, os documentos acostados aos autos corroboram a condição hipossuficiência do autor (fls. 25/36 e fls. 114/120).

Logo, não há que se falar em deserção, ficando afastada tal pretensão.

No mérito o recurso comporta provimento.

Com efeito, extrai-se dos autos que o autor e sua falecida esposa celebraram contrato de empréstimo com alienação fiduciária em garantia em 19/7/2022, aderindo, na mesma data, ao contrato de seguro habitacional obrigatório com a requerida.

Ocorre que, em 23/02/2023, o cônjuge veio a falecer, constando da certidão as seguintes causas: “choque séptico refratário, neutropenia, injúria renal aguda, CEC Canal Anal” (fls. 86).

Logo, relatado o acontecido à seguradora, esta se negou ao pagamento

da indenização securitária, sob a justificava de que a segurada possuía doença pré-existente não declarada.

Assim, o cônjuge da falecida ajuizou a presente ação, buscando a quitação de 50% do saldo devedor do empréstimo, bem como o ressarcimento das parcelas pagas indevidamente com vencimento posterior ao óbito de sua mulher.

Ora, incontroverso nos autos que a parte autora foi diagnosticada com câncer em período anterior à assinatura do contrato.

Igualmente incontroverso que a ré não realizou qualquer tipo de exame prévio à contratação ou forneceu Declaração Pessoal de Saúde para preenchimento.

Nesse contexto, sintetizam as súmulas 609 do STJ e 105 do TJ-SP, esta última aplicada ao caso por analogia:

"A recusa de cobertura securitária sob alegação de doença preexistente é ilícita se não houve a exigência de exames prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado".

“Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e lesões preexistentes se, à época da contratação do plano de saúde, não se exigiu exame médico admissional”.

Ademais, de forma análoga ao que ocorre com seguros de saúde, nos art. 3º da Resolução CONSU 2, “fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato”.

Dessa forma, incumbia à ré, minimamente, antes de formalizar o contrato, providenciar o necessário para identificação de doenças pré-existentes, seja através de exames, seja através de declaração de saúde, e não o fez, devendo,

portanto, arcar com ônus de sua inércia, inexistindo obrigação do segurado de informar, de forma espontânea, a existência de doença ou lesão, não havendo que se falar em omissão dolosa do segurado que caracterizasse má fé.

De igual modo, precedentes deste E. Tribunal, inclusive desta Colenda Câmara. A título de exemplo:

DEVOLUÇÃO DE VALORES PAGOS. Seguro prestamista. Alegação de doença preexistente. Má-fé do segurado não comprovada. Não tendo sido exigida, pela seguradora, a realização de exames médicos, não poder a cobertura ser recusada com base na alegação de má-fé do segurado pela omissão de existência de doença preexistente Devolução de valores pagos após o evento morte que deve se dar de forma simples, afastada a devolução em dobro estabelecida na sentença Precedentes Recurso provido, em parte, para esse fim. (TJSP; Apelação 1090267-36.2016.8.26.0100; Relatora: Des. Lígia Araújo Bisogni; Data do Julgamento: 25/06/2018).

APELAÇÃO CÍVEL – Cobrança de seguro habitacional c/c repetição de indébito – Pretensão autoral de quitação do imóvel pela morte do segurado, bem como devolução dos valores pagos após a comunicação do óbito do segurado – Sentença de improcedência – Desacerto – Irresignação do postulante – Tese de que não foram solicitados exames médicos quando da contratação, bem como de que o contrato assinado não possuía destaque nas partes excludentes da cobertura, além de a minuta da apólice

completa nunca ter sido disponibilizada – Acolhimento
– Incumbe à seguradora providenciar exames médicos
prévios à contratação ou cabalmente demonstrar a má-
fé do segurado, que não é presumível – Inteligência da
Súmula 609 do C. STJ – Prova insuficiente a
comprovar a omissão dolosa de doença grave
preexistente – Cobertura securitária devida – Reforma
da sentença para julgar procedente o pedido –
RECURSO PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível
0011415-05.2022.8.26.0100; Relator (a): Fernando
Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara
de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível;
Data do Julgamento: 27/06/2024; Data de Registro:
27/06/2024)

Seguro habitacional. Morte do segurado. Doença
preexistente. Dever da seguradora de providenciar
exames médicos prévios à contratação ou de
demonstrar a má-fé do segurado. Exames médicos
prévios não exigidos. Omissão dolosa do contratante,
no mais, não demonstrada. Condenação da ré à
indenização contratada. Sentença revista. Recurso
provido. (TJSP; Apelação Cível
1008427-86.2019.8.26.0071; Relator (a): Claudio
Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado;
Foro de Bauru - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento:
06/04/2021; Data de Registro: 06/04/2021)

Pontue-se, outrossim, que a tese de má fé do segurado torna-se ainda
mais enfraquecida em virtude da antecipação de dois anos de parcelas do
financiamento, no valor de R\$ 97.769,16 (noventa e sete mil setecentos e sessenta e

nove reais e dezesseis centavos), consoante comprovante de fls. 84/85.

Frise-se, ainda, em que pese a cláusula contida a fls. 68, item 5, fato é que “nos contratos de seguro, o dever de boa-fé e transparência torna insuficiente a inserção de uma cláusula geral de exclusão de cobertura; deve-se dar ao contratante ciência discriminada dos eventos efetivamente não abrangidos por aquele contrato” (. (REsp 1074546/RJ, Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/09/2009, DJe 04/12/2009)

Nesse diapasão, o fato de a ré ter aceitado a contratação sem qualquer informação a respeito da saúde da segurada, revela, de forma implícita, a anuência e responsabilidade da seguradora independentemente de qualquer questão relacionada ao tema.

Além disso, repita-se, tendo aderido à contratação, e recebendo o prêmio estipulado, isso, por si só, já é o suficiente para que a seguradora seja impelida a indenizar, ante a existência do pressuposto de fato.

Saliente-se, por fim, que a contratação do seguro constituiu exigência obrigatória para que o contrato de empréstimo fosse finalizado, sendo que, caso não houvesse a concordância dos segurados ou da seguradora, provavelmente o negócio não seria concluído.

Nessas circunstâncias, por qualquer ângulo que se analise, deve a seguradora arcar com a quitação de 50% do saldo devedor, nos termos do contrato firmado, e restituir ao autor os pagamentos realizados após o óbito da segurada.

Ante o exposto, por meu voto, DOU PROVIMENTO ao recurso interposto pelo autor, para julgar PROCEDENTE a demanda, condenando a ré a quitar 50% do saldo devedor do empréstimo diante do falecimento da segurada, bem como restituir as parcelas pagas indevidamente após o óbito da esposa do apelante, desde que devidamente comprovadas, com correção monetária desde o desembolso e juros de mora de 1% ao mês contados da citação, observando-se que a correção monetária se dará pelo IPCA (CC, art. 389, parágrafo único) e os juros de mora pelo índice SELIC, descontando o IPCA (CC, art. 406, § 1º).

Ante a reforma da sentença, fica a parte requerida condenada ao



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

pagamento de custas e despesas processuais, além de honorários de sucumbência que ora arbitro, ante a iliquidez da condenação, no importe de 10% do valor atualizado da causa.

ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO

RELATOR