



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000429110

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1003441-29.2020.8.26.0597, da Comarca de Sertãozinho, em que são apelantes ITAÚ SEGUROS S/A e ITAU CORRETORA DE SEGUROS S/A, é apelada VIVIANE ROBERTA MATIOLI (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 27ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **RECURSO DA AUTORA NÃO PROVIDO. RECURSO DA SEGURADORA RÉ PARCIALMENTE PROVIDO. V.U.***, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ROGÉRIO MURILLO PEREIRA CIMINO (Presidente) E LUÍS ROBERTO REUTER TORRO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

DAISE FAJARDO NOGUEIRA JACOT

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

★

VOTO N° : 33.671
APELAÇÃO N° : 1003441-29.2020.8.26.0597
COMARCA : SERTÃOZINHO — 1ª VARA CÍVEL
APNTE/APDA : VIVIANE ROBERTA MATIOLI
APDA/APNTE : ITAÚ SEGUROS S.A.
JUÍZA : DANIELE REGINA DE SOUZA DUARTE

*AÇÃO DE COBRANÇA C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS”. Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo. “Seguro Renda Protegida Itaú Uniclass”. Cobertura para o caso de “morte acidental”, “invalidez permanente por acidente” e “diária por incapacidade temporária”. Autora que foi submetida à cirurgia para tratamento de hérnia umbilical e flacidez abdominal, com afastamento do trabalho por sessenta (60) dias. Pedido de pagamento da indenização securitária que foi recusado pela Seguradora, a pretexto de envolver risco expressamente excluído da cobertura. Ação ajuizada contra a Seguradora e contra a Corretora. SENTENÇA de parcial procedência. APELAÇÃO da autora, que insiste na condenação da ré ao pagamento de indenização moral. APELAÇÃO da Seguradora ré, que insiste na improcedência, sob a argumentação de que a cirurgia realizada pela autora teve finalidade estética, e que a segurada agiu com má-fé no ato da contratação por omitir doença preexistente, pugnando subsidiariamente pela redução da indenização para valor correspondente a afastamento de três (3) dias, já considerada a dedução da franquia de doze (12) dias. EXAME: acervo probatório, formado por documentos, perícia e testemunhas, indicativo de que o procedimento cirúrgico realizado pela autora para tratamento da hérnia umbilical teve finalidade reparadora, tendo sido indicada para evitar complicações de saúde, com efeito estético apenas secundário. Realização simultânea de abdominoplastia que não implica a perda da cobertura, já que a autora também seria afastada de suas atividades laborativas em razão da cirurgia de reparação da hérnia umbilical. Alegação de preexistência de doença por parte da ré que não podia mesmo ser acolhida, porquanto não exigidos exames prévios da segurada quando da contratação do seguro. Seguradora que aceitou a proposta sem qualquer ressalva, mesmo sem verificar as condições pessoais da segurada contratante e sem exigir o preenchimento de declaração de saúde, passando desde então a receber o prêmio mensal pactuado para a cobertura regularmente. Ausência de prova de má-fé da segurada quando da contratação. Inteligência da Súmula 609 do C. Superior Tribunal de Justiça. Pagamento da indenização securitária

que era mesmo de rigor, mas em quantia correspondente a trinta (30) dias de afastamento do trabalho, já que a realização da abdominoplastia, com finalidade precipuamente estética, inexoravelmente ampliou o período necessário à recuperação, considerando ainda o conjunto probatório e a atividade laborativa desempenhada pela demandante, que trabalhava como cabeleireira, autorizada a dedução da franquia, em quantia equivalente a doze (12) dias. Mera recusa ao pagamento da indenização securitária que não gera, por si só, dano moral indenizável. Ausência de situação excepcional a justificar o reconhecimento do padecimento moral indenizável reclamado na inicial. Dissabor que não passou da esfera do mero aborrecimento, transtorno ou percalço do cotidiano. Sentença parcialmente reformada. RECURSO DA AUTORA NÃO PROVIDO. RECURSO DA SEGURADORA RÉ PARCIALMENTE PROVIDO.*

Vistos.

Trata-se de Ação de Cobrança c.c. Indenização por Danos Morais ajuizada por Viviane Roberta Mاتيoli outros contra Itaú Seguros S.A. e Itaú Corretora de Seguros S.A., sob a argumentação de que “... contratou, em 06 de agosto de 2019, apólice de seguro com os requeridos com cobertura para morte acidental, invalidez permanente e incapacidade temporária. Relatou que teve uma hérnia umbilical e necessitou de tratamento cirúrgico, motivo pelo qual aproveitou a oportunidade para realizar um procedimento estético abdominoplastia. Assim, afirmou que precisou ficar afastada de suas atividades por 60 dias. No entanto, alegou que as requeridas recusaram o pagamento sob alegação de que o procedimento realizado possuía cunho estético, que está expressamente excluído dos riscos segurados. Diante disso, requereu a procedência da ação para condenar as requeridas ao pagamento de 48 dias de incapacidade temporária e ao

pagamento de indenização por danos morais no valor de 15 salários mínimos, bem como outros consectários legais”, conforme relatado na fl. 453.

A MM^a. Juíza “*a quo*” proferiu a r. sentença apelada, decidindo “*in verbis*”: “... *JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido inicial e, por consequência, CONDENO a ré ao pagamento à autora do valor referente a quarenta e oito dias de afastamento do trabalho, corrigido monetariamente pelo índice da tabela prática do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo a contar da data do requerimento administrativo e acrescida dos juros moratórios, nos termos da lei, a contar da citação. Improcede o pedido de danos morais. Ante a sucumbência recíproca, cada uma das partes arcará com o pagamento de 50% (cinquenta por cento) das custas e despesas processuais. Condeno as partes ao pagamento dos honorários advocatícios da parte adversa que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, com fundamento no artigo 85, §2º e parágrafo único do artigo 86, todos do Novo Código de Processo Civil.*” (“*sic*”, fls. 453/458).

Os Embargos de Declaração opostos pela Seguradora ré foram rejeitados (fls. 461/465 e 466).

Apelam a autora e a Seguradora ré. A demandante, insistindo na condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais. A Seguradora insistindo na improcedência, sob a argumentação de que a cirurgia realizada pela

autora teve finalidade estética; a segurada agiu com má-fé no ato da contratação por omitir doença preexistente; subsidiariamente, a indenização deve ser reduzida para valor correspondente a afastamento de três (3) dias, já considerada a dedução da franquia de doze (12) dias (fls. 480/489).

Anotados os Recursos (fls. 477 e 494), a autora e a Seguradora corré apresentaram contrarrazões (fls. 497/501 e 504/513).

É o **relatório**, adotado o de fls. 453/454.

Os Recursos comportam conhecimento, porquanto observados os requisitos de admissibilidade no tocante (v. artigos 1.009 e seguintes do Código de Processo Civil).

Malgrado a insistência das partes, a r. sentença apelada merece apenas pequena reforma.

Restou incontroverso e bem comprovado nos autos que a autora contratou com as rés o denominado “*Seguro Renda Protegida Itaú Uniclass*”, com vigência no período de 5 de agosto de 2019 a 5 de agosto de 2020, com cobertura para o caso de “*morte acidental*”, “*invalidéz permanente por acidente*” e “*diária por incapacidade temporária*”, mediante o pagamento de prêmio total de R\$ 3.346,20, a ser pago em doze (12) parcelas de R\$ 278,85 (fls. 17/23 e

160/166). Também restou evidenciado nos autos que, no dia 13 de maio de 2019, a autora recebeu recomendação médica para tratamento de hérnia umbilical e flacidez abdominal, mediante a realização de cirurgia de “*dermolipectomia abdominal com herniorrafia umbilical*” (remoção de hernia umbilical e abdominoplastia), que foi efetivada no dia 07 de janeiro de 2020, tendo sido recomendado repouso pelo período de sessenta (60) dias. Solicitado às rés o pagamento da indenização securitária prevista para o caso de incapacidade temporária por doença, o pedido foi reiteradamente negado, a pretexto de se tratar de risco expressamente excluído da cobertura, já que o afastamento teria sido decorrente de tratamento cirúrgico com finalidade estética (fls. 32/36, 87/88 e 167/172).

Pois bem. Insta observar desde logo que a relação contratual em causa tem natureza de consumo e, por isso mesmo, está sujeita às normas do Código de Defesa do Consumidor, que preveem a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor, coibindo aquelas que estabeleçam desvantagem exagerada ao consumidor em benefício do credor, e garantem a essa parte hipossuficiente o direito básico de informação adequada e precisa sobre produtos e serviços oferecidos pelo Fornecedor, além da inversão do ônus da prova para a facilitação da defesa (v. artigo 6º, incisos III e VIII, 47 e 51, inciso IV, todos da Lei nº 8.078/90).

De fato, a cláusula das Condições Gerais da

Apólice do seguro em questão estabelece exclusão para procedimentos com finalidade estética.

Contudo, o acervo probatório, formado por documentos, perícia e testemunha, é indicativo de que o procedimento cirúrgico realizado pela autora para tratamento da hérnia umbilical teve finalidade reparadora, tratando-se de cirurgia necessária para evitar complicações de saúde, com efeito estético apenas secundário.

Quanto à realização da abdominoplastia, embora este procedimento possa ter precípua finalidade estética, não tem o condão de gerar a perda da cobertura pela execução simultânea, já que, de qualquer forma, a autora seria afastada de suas atividades laborativas para plena recuperação da cirurgia de reparação da hérnia umbilical.

Nesse sentido, o Perito do IMESC nomeado para o exame pericial concluiu que “... a cirurgia de correção de hérnia umbilical não é estética e o tempo estimado de incapacidade é de trinta dias”, tendo esclarecido, quanto à finalidade das cirurgias, que “...Uma possuía cunho estético e outro era uma correção de hérnia umbilical” (“sic”, fls. 259/262). Ressalta-se que essa conclusão também foi reiterada pela Médica responsável pela cirurgia da autora, ouvida como testemunha durante Audiência de Instrução e Julgamento (fls. 435/436). E a complementação da prova pericial, produzida por outro “*Expert*” em razão da demora do IMESC no tocante, não contraria esse entendimento

acerca da natureza da *“herniorrafia umbilical”*, mesmo porque o Perito declarou *“in verbis”* que *“... a hérnia umbilical é patologia congênita e que com o avanço da idade e o enfraquecimento da musculatura faz com que os sintomas se tornem mais incomodativos requerendo cirurgia, o único procedimento curativo”* (*“sic”*, fl. 378).

Já a alegação de exclusão de cobertura em razão de preexistência da doença ou de má-fé da segurada, suscitada apenas em sede judicial pelas rés, também não poderia ser acolhida.

É que a Seguradora aceitou a proposta de seguro e autorizou a contratação sem averiguar as condições preexistentes em relação a segurada, criando uma justa expectativa quanto à cobertura securitária em causa.

Salienta-se que a precisão da informação acerca da pré-existência ou não de doença em relação à contratante poderia ter sido constatada pela Seguradora quando da negociação, mediante a exigência de exame para admissão do segurado, o que não ocorreu na espécie. Aliás, sequer o preenchimento de declaração de saúde foi solicitado à segurada.

Assim, não subsiste a recusa ao pagamento da indenização securitária, após realizado todo o procedimento de

contratação com o pagamento do prêmio mensal, a pretexto de que a segurada padecia de doença preexistente.

Aliás, conforme observado pela MM^a. Juíza “a quo” na r. sentença apelada “... Apesar de ser incontroverso que a segurada, à época da contratação, tinha conhecimento do quadro de hérnia umbilical, verifica-se que não foram realizados exames prévios pela seguradora, tampouco há prova de que a segurada, de próprio punho, preencheu alguma declaração de saúde, não sendo possível constatar a existência de má-fé. Com efeito, a seguradora ré aceitou a contratação, recebeu o prêmio e, se não tomou as devidas cautelas quando do evento contratual, como submeter a segurada a exames médicos, deve arcar com sua desídia. É o entendimento cristalizado na Súmula 609 do STJ, assim redigida: “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”. ” (“sic”, fls. 455/456).

Por outro lado, o pedido subsidiário de redução da indenização securitária comporta parcial acolhimento.

Com efeito, não se duvida de que a autora tenha mesmo necessitado de repouso pós-operatório pelo período de sessenta (60) dias, conforme recomendação médica constante da declaração e atestado médicos de fls. 33 e 34.

Contudo, não se pode ignorar o fato de que

foram realizadas duas cirurgias, circunstância que inexoravelmente ampliou o prazo necessário à plena recuperação.

Assim, considerando a recomendação da Médica Cirurgiã para repouso de sessenta (60) dias, em cotejo com as informações prestadas pelos Peritos, sendo a do “*Expert*” integrante do IMESC, no sentido de que “... *O tempo de recuperação para a cirurgia da hérnia umbilical é de trinta dias*” (“*sic*”, fl. 261), e a do outro Perito Judicial, de que “... *um pós-operatório de hérnia umbilical diminuta requer 15 dias de repouso relativo, onde se deve evitar atividades que requeiram esforço físico intenso*” (“*sic*”, fl. 380), e considerando ainda que a autora trabalhava como cabeleireira – profissão que indubitavelmente envolve uma rotina de atividade física que pode ser classificada como moderada à intensa, por necessitar a permanência em pé, com constantes flexões do tronco (para lavagem, corte, escova e modelagem de cabelos), movimentação dos braços com o manuseio de equipamentos pesados como secadores, pode-se inferir que, somente para a recuperação da cirurgia de hernia, o afastamento do trabalho por prazo de trinta (30) dias seria mesmo necessário, independentemente da realização da abdominoplastia.

Dessa forma, demonstrada nos autos a ocorrência do evento passível de cobertura securitária, o caso vertente estava mesmo a exigir o pagamento da indenização securitária, mas em valor correspondente à incapacidade temporária por trinta (30) dias,

autorizada a dedução da franquia em valor correspondente a doze (12) dias.

Quanto ao Apelo da autora, apesar do teor das razões recursais, não restou demonstrada nos autos a real ofensa a direito de personalidade da demandante para justificar a pretensão indenizatória. Na verdade, pelo que se pode inferir dos autos, o abalo moral não passou da esfera do mero aborrecimento, transtorno ou percalço do cotidiano.

É que, conquanto reconhecida a irregularidade na recusa ao cumprimento da obrigação securitária, ante a ocorrência de sinistro coberto pelo contrato durante a vigência do contrato e o regular pagamento do prêmio, não restou demonstrada nos autos a existência de situação excepcional hábil a justificar a condenação da Seguradora ré no pagamento de indenização por danos morais.

Aliás, conforme entendimento jurisprudencial consolidado, mera recusa ao pagamento da indenização securitária não gera, por si só, dano moral indenizável, sendo de rigor a manutenção da improcedência desse pedido.

Resta a rejeição do Recurso da autora e o acolhimento parcial do Recurso da Seguradora ré por conseguinte.

A propósito, eis a Jurisprudência:

1139136-83.2023.8.26.0100

Classe/Assunto: *Apelação Cível / Seguro*

Relator(a): *Mary Grün*

Comarca: *São Paulo*

Órgão julgador: *25ª Câmara de Direito Privado*

Data do julgamento: *19/02/2025*

Data de publicação: *19/02/2025*

Ementa: AÇÃO INDENIZATÓRIA. SEGURO DE VIDA. Autor que busca a condenação da ré ao pagamento de indenização securitária prevista em apólice de seguro de vida, bem como indenização por danos morais. Sentença de parcial procedência. Apelo da ré e adesivamente, do autor, visando a condenação por danos morais e alteração da sucumbência. Preliminar de cerceamento de defesa. O juiz é o destinatário final das provas que servem à formação da sua convicção sobre a demanda. Poder-dever de indeferir diligências que entenda inúteis ou meramente protelatórias para o desfecho da causa. Inteligência do art. 370 do Código de Processo Civil. Suficiência das provas constantes nos autos para o deslinde do feito. Prova pericial dispensável para o julgamento da causa. Cerceamento de defesa afastado. Mérito. Autor que pretende o pagamento de diárias por incapacidade temporária. Negativa de pagamento por parte da seguradora, ao fundamento de existência de doença degenerativa progressiva nos discos da coluna do autor, com expressa excludente de cobertura contratual. Contudo, autor que demonstrou que a incapacidade temporária decorreu de trauma ocorrido durante a prática de atividades físicas. Inexistência de elementos a indicar que a incapacidade temporária decorreu de doença degenerativa progressiva. Pagamento de diárias por incapacidade temporária devido. Contudo, previsão contratual expressa acerca do desconto de franquia da indenização securitária. Retenção da franquia devida. Aplicação dos arts. 389, caput e parágrafo único, e 406, caput e parágrafos, do Código Civil, com nova redação dada pela Lei nº 14.905/2024, sobre o valor da condenação. Sentença alterada nestes quesitos. Danos morais. Não ocorrência. Ausência de situação aviltante, humilhante ou vexatória a configurar lesão à esfera íntima do requerente. Mero inadimplemento contratual da ré, incapaz de ensejar violação aos direitos extrapatrimoniais do autor. Indenização moral indevida. Sentença mantida neste quesito. Ônus sucumbenciais. Redistribuição devida, em razão das alterações. Recursos parcialmente providos.

1021442-19.2021.8.26.0309

Classe/Assunto: *Apelação Cível / Seguro*

Relator(a): *Dario Gayoso*

Comarca: *Jundiaí*

Órgão julgador: *27ª Câmara de Direito Privado*

Data do julgamento: *30/11/2023*

Data de publicação: *30/11/2023*

Ementa: APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. RESPEITÁVEL SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. RECURSO DA SEGURADORA REQUERIDA. ALEGA QUE O SEGURO FOI CONTRATADO PELA "VIA DO CLIQUE ÚNICO", MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DE PRODUTOS OU SERVIÇOS QUE SE REALIZA POR MEIO DA DIGITAÇÃO DA SENHA DO

CLIENTE, A QUAL SUBSTITUI A SUA ASSINATURA. TAL MODALIDADE PROPORCIONA TOTAL CIÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS AO CONTRATANTE, QUE AS RECEBE EM SUA RESIDÊNCIA. ARGUMENTA QUE O PRÓPRIO SEGURADO PREENCHEU A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS) ELETRONICAMENTE AO EFETUAR A CONTRATAÇÃO DO SEGURO E OMITIU DOENÇAS PREEXISTENTES. ALÉM DISSO, A CAUSA MORTE FOI OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E INFECÇÃO POR COVID-19. PARECER DA DOUTA PROCURADORIA DE JUSTIÇA PELO PROVIMENTO DO RECURSO. SEGURO DE VIDA. NEGATIVA DE COBERTURA PELA SEGURADORA, SOB A ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. SEGURADORA QUE NÃO EXIGIU DE EXAMES MÉDICOS NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE DE RECUSA DA COBERTURA COM BASE NA ALEGAÇÃO DE MÁ-FÉ POR OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. OBSERVÂNCIA DAS SÚMULAS 609 DO COLENDO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E 105 DESTE EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DEVIDO. CORREÇÃO MONETÁRIA DESDE A CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. OBSERVÂNCIA DA SÚMULA 632 DO COLENDO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECURSO DESPROVIDO.

1005130-45.2023.8.26.0099

Classe/Assunto: Apelação Cível / Seguro

Relator(a): Rogério Murillo Pereira Cimino

Comarca: Bragança Paulista

Órgão julgador: 27ª Câmara de Direito Privado

Data do julgamento: 24/10/2023

Data de publicação: 24/10/2023

Ementa: APELAÇÃO. Ação que visa o reconhecimento do direito do falecido ao pagamento do financiamento segurado por meio de seguro prestamista. Sentença de parcial procedência. Insurgência da seguradora ré. Alegação de falecimento em razão da doença preexistente. Inexistência de exames prévios ou de comprovação da má-fé do segurado. Súmula nº. 609 do Superior Tribunal de Justiça. Seguro devido. Sentença mantida. Recurso desprovido.

1018902-64.2018.8.26.0224

Classe/Assunto: Apelação Cível / Seguro

Relator(a): Gilson Delgado Miranda

Comarca: Guarulhos

Órgão julgador: 35ª Câmara de Direito Privado

Data do julgamento: 02/10/2020

Data de publicação: 02/10/2020

Ementa: SEGURO DE VIDA. Cerceamento de defesa não configurado. Preliminar afastada. Doença preexistente. Seguradora não exigiu exames médicos prévios à contratação nem demonstrou a má-fé da segurada. Recusa de cobertura. Inadmissibilidade. Inteligência da Súmula n. 609 do STJ. Correção monetária do capital segurado incide a partir da contratação. Precedentes do STJ. Danos morais não caracterizados. Honorários advocatícios sucumbenciais bem arbitrados. Recurso independente não provido e parcialmente provido o adesivo.

Impõe-se, pois, a reforma parcial da r. sentença

apelada, para reduzir a condenação para valor equivalente a dezoito (18) dias de afastamento do trabalho, já considerando a dedução da franquia em quantia correspondente a doze (12) dias, ficando mantida no mais a r. sentença apelada pelos próprios e jurídicos fundamentos, inclusive no tocante às verbas sucumbenciais.

Diante do exposto, nega-se provimento ao Recurso da autora e dá-se parcial provimento ao Recurso da ré.

DAISE FAJARDO NOGUEIRA JACOT
Relatora