



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000438960

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1018313-80.2023.8.26.0003, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes/apelados MIGUEL DE MOURA FAVARETTO (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e RENATA CÂNDIDA DE MOURA (REPRESENTANDO MENOR(ES)), são apelados/apelantes ITAÚ SEGUROS S/A e ITAÚ UNIBANCO S/A.

ACORDAM, em 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento ao recurso interposto pela ré e deram provimento em parte ao recurso. V. U. Compareceu a Dra. Ana Carolina Farias. Negaram provimento ao recurso interposto pela parte ré e deram parcial provimento ao recurso da parte autora. V.U.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 6 de maio de 2025

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Comarca: Foro Regional do Jabaquara - Capital

Apelação n. 1018313-80.2023.8.26.0003

Apelantes: RENATA CÂNDIDA DE MOURA, M. M. F. (menor), ITAÚ SEGUROS S/A e ITAÚ UNIBANCO S/A

Apelados: reciprocamente

Voto n. 12358

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. CONTRATOS. PARCIAL PROVIMENTO. I. Caso em Exame: Recursos de apelação interpostos contra sentença que condenou a seguradora a liquidar saldo devedor proporcional à participação do segurado no contrato, e o fiduciário a emitir termo de quitação. Autores alegam danos morais devido à negativa de cobertura securitária após falecimento do segurado. Réus contestam gratuidade de justiça e ilegitimidade passiva do Itaú Unibanco, além de alegarem omissão de doença preexistente pelo segurado. II. Questão em Discussão: 2. A questão em discussão consiste em: (i) a validade da negativa de cobertura securitária por doença preexistente não declarada; (ii) a concessão do benefício da gratuidade de justiça aos autores; (iii) a ilegitimidade passiva do Itaú Unibanco; (iv) a distribuição dos ônus sucumbenciais. III. Razões de Decidir: 3. A negativa de cobertura securitária é indevida, pois não houve exigência de exames médicos prévios nem demonstração de má-fé do segurado. 4. A gratuidade de justiça deve ser mantida, pois não há comprovação de alteração na situação financeira dos autores. O Itaú Unibanco é parte legítima na demanda devido à vinculação do seguro ao contrato de financiamento. IV. Dispositivo e Tese: 5. Recurso da parte ré provido e recurso da parte autora parcialmente provido. Condenação das rés ao pagamento de indenização por danos morais de R\$ 10.000,00, divididos entre os autores. Tese de julgamento: A seguradora não pode negar cobertura securitária com fundamento em doença preexistente quando não exigiu exames médicos prévios nem demonstrou má-fé do segurado. A gratuidade de justiça não pode ser revogada sem comprovação de alteração na situação financeira do beneficiário. Legislação Citada: Código Civil, art. 766. Código de Processo Civil, art. 85, § 11. Código de Defesa do Consumidor, art. 6º, inciso III, e § 4º do art. 54. Jurisprudência Citada: Súmula 105/TJSP. Súmula 609/STJ. TJSP, Apelação Cível nº 1002789-03.2022.8.26.0642, Rel. Vito Guglielmi, j. 01/04/2025. TJSP, Apelação Cível nº 1015524-68.2023.8.26.0566, Rel. Gilberto Franceschini, j. 13/03/2025.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interpostos para impugnar a sentença de fls. 460/464, cujo relatório adoto, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial para condenar a seguradora na obrigação de liquidar o saldo devedor proporcional à participação do segurado (92,31%) no contrato 10168387109, e o fiduciário a emitir o correspondente termo de quitação para fins de averbação na matrícula do imóvel, em 15 dias, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a 50% da dívida atualizada.

Segundo os apelantes-autores, a sentença merece ser reformada, em síntese, ao fundamento de que restaram configurados o desgaste emocional, o estresse, o abalo e a humilhação suportados em decorrência da conduta das requeridas, as quais, após o falecimento do Sr. Elmo, recusaram-se a quitar o valor correspondente à cota-parte do de cujus no financiamento, além de ameaçarem consolidar a propriedade do imóvel, circunstâncias que, segundo afirmam, configuram violação a direitos da personalidade. Ressaltam que a negativa de cobertura, especialmente por parte da seguradora, fundada em alegação genérica e não comprovada de doença preexistente, revela-se infundada e destituída de respaldo probatório, não podendo justificar a inexecução da cláusula contratual que prevê a cobertura por morte. Destacam que a inclusão do seguro no contrato de financiamento tem como escopo garantir a quitação do saldo devedor em caso de sinistro, além de assegurar proteção à família do mutuário, finalidade esta que restou frustrada. Sustentam, por fim, que a negativa indevida de pagamento da indenização securitária ultrapassa a esfera meramente patrimonial, afetando diretamente a dignidade dos envolvidos. Ante o exposto, pugnam pela reforma parcial da sentença, a fim de que as rés sejam condenadas ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 15.000,00 (fls. 470/786).

Os réus, por sua vez, também interpuseram recurso de apelação às fls. 494/515, sustentando que, não obstante as alegações dos autores, há severos indícios de que possuem plena capacidade econômica para arcar com as custas e despesas processuais, razão pela qual a concessão do benefício da gratuidade da justiça se mostra indevida. Alegam que os requerentes integram núcleo familiar detentor de diversas empresas. Destacam, ainda, que a autora Renata Cândida de Moura exerce a profissão de advogada, circunstância que reforçaria a necessidade de revogação do referido benefício.

Sustentam, ainda, a ilegitimidade passiva do Itaú Unibanco, uma vez que o contrato de seguro habitacional foi celebrado exclusivamente com a Itaú Seguros, conforme se extrai da proposta de adesão apresentada, sendo esta a única pessoa jurídica responsável pelas obrigações decorrentes do pacto securitário, razão pela qual não poderia o banco figurar no polo passivo da demanda.

No mérito, sustentam que há nos autos elementos suficientes a evidenciar que o falecido tinha pleno conhecimento de suas enfermidades e, ao preencher o formulário de adesão ao seguro, omitiu deliberadamente tal informação ao declarar, em mais de um campo, que não possuía histórico de atendimento ou acompanhamento médico. Argumentam que os contratos de seguro são regidos pelo princípio da boa-fé objetiva e que a



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

inexatidão ou omissão de informações relevantes pelo contratante configura falta grave, autorizando a rescisão contratual ou a negativa da cobertura securitária, nos termos do artigo 766 do Código Civil. Ressaltam que as condições gerais do seguro preveem expressamente a exclusão de cobertura para doenças preexistentes não declaradas, sendo inadmissível, portanto, o fundamento adotado na sentença de que não se poderia presumir a má-fé do segurado.

Insurgem-se, ainda, contra a condenação integral ao pagamento de honorários advocatícios, sustentando que houve sucumbência recíproca, o que impõe a distribuição proporcional dos encargos processuais, nos termos do artigo 86 do Código de Processo Civil. Aduzem, também, que o valor da causa atribuído pelos autores, no montante de R\$ 570.268,01, não reflete o real proveito econômico obtido, uma vez que corresponde à integralidade do financiamento firmado em 13.10.2021, sendo certo que o falecimento do segurado ocorreu apenas em 15.03.2023, cerca de um ano e meio após a celebração do contrato. Assim, defendem que a base de cálculo para fixação dos honorários deve considerar prioritariamente o proveito econômico obtido, e apenas subsidiariamente o valor atualizado da causa, devendo a sentença ser reformada também nesse ponto, com a readequação da base de cálculo.

Diante de tais fundamentos, requerem o conhecimento e provimento do recurso de apelação, com a reforma da sentença recorrida, para que se reconheça a indevida concessão do benefício da gratuidade da justiça aos autores, a ilegitimidade passiva do Itaú Unibanco, a legalidade da recusa da cobertura securitária em razão da omissão de doença preexistente pelo segurado, com o consequente julgamento de improcedência dos pedidos formulados na petição inicial, e, subsidiariamente, caso mantida a condenação, seja promovida a redistribuição proporcional dos ônus sucumbenciais entre as partes, diante da configuração de sucumbência recíproca, com a readequação da base de cálculo dos honorários advocatícios.

Recursos tempestivos, isento de preparo em razão dos benefícios da justiça gratuita concedida aos autores e devidamente preparado pela parte ré e com apresentação de contrarrazões pelos apelados (fls. 527/534 e 541/566).

Parecer ministerial de fls. 624/629, pelo parcial provimento do recurso interposto pela parte requerida e pelo desprovimento do recurso interposto pela parte autora.

Houve oposição ao julgamento virtual (fls. 617 e 620).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso interposto pela parte autora merece parcial provimento, enquanto o recurso apresentado pela parte ré não comporta provimento.

Preliminarmente, no que tange à impugnação da gratuidade de justiça concedida à autora Renata, não assiste razão à parte ré.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Isso porque a revogação do benefício não pode ser determinada unicamente por provocação da parte adversa, sem a devida comprovação de alteração na situação financeira do beneficiário que evidencie sua aptidão para arcar com os encargos do processo.

No caso em análise, a ré limitou-se a impugnar a concessão do benefício, sem, contudo, acostar aos autos quaisquer elementos concretos capazes de infirmar os documentos apresentados na origem, em fls. 148/162.

Diante da ausência de prova em sentido contrário - ônus que competia à parte impugnante -, impõe-se a manutenção da gratuidade de justiça deferida aos autores nos autos de origem.

Ademais, no que se refere à preliminar de ilegitimidade passiva suscitada pelo Itaú Unibanco S/A, cumpre esclarecer que, na celebração do contrato de financiamento habitacional com garantia de alienação fiduciária, é defeso ao mutuário eleger a seguradora, porquanto o seguro habitacional é vinculado à operação de crédito, constituindo cláusula obrigatória estipulada pela instituição financeira.

Dessa forma, a legitimidade passiva do agente fiduciário decorre da própria celebração do contrato de mútuo com o *de cujus* e com a autora Renata, constante às fls. 67/82, sendo parte da relação jurídica material discutida nos autos, motivo pelo qual o Itaú Unibanco S/A deve ser mantido no polo passivo da demanda.

Superadas tais questões, passo ao mérito.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer cumulada com indenizatória. Em suma, os autores expõem que são filho e viúva de Elmo Paulo Favaretto, falecido em 15.03.2023. Informam que o imóvel situado na Rua dos Cafezais, nº 322, era objeto de contrato de financiamento habitacional, vinculado a seguro obrigatório. Contudo, a seguradora negou a cobertura da indenização securitária, sob a alegação de suposta omissão de enfermidade preexistente pelo segurado. Destacam que a causa da morte não foi determinada, inexistindo comprovação de má-fé por parte do mutuário. Ante o exposto, pleiteiam a quitação do saldo devedor proporcional à participação do falecido no financiamento (92,31%), com a consequente baixa do gravame hipotecário, bem como a condenação da parte ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor estimado de R\$ 15.000,00.

Apresentada defesa e após o deslinde processual, sobreveio sentença de parcial procedência, razão pela qual ambas as partes interpuseram recursos de apelação.

Pois bem.

É incontroverso nos autos que o falecido Elmo Paulo Favaretto detinha participação de 92,31% no contrato de alienação fiduciária que recai sobre o imóvel objeto da matrícula nº 432.430, registrada junto ao 11º Cartório de Registro de Imóveis de São Paulo, conforme depreende-se de fls. 67/82.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Conforme se extrai da certidão de óbito acostada em fls. 83 e 286, o falecimento do segurado Elmo ocorreu em razão de “*causa indeterminada, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica*”.

Ainda, os documentos médicos juntados aos autos demonstram que o segurado apresentava, de fato, histórico de enfermidades anteriores à contratação do seguro.

Todavia, depreende-se dos autos que, por ocasião da contratação do seguro vinculado ao financiamento, a seguradora não exigiu a realização de exames médicos admissionais.

A única declaração de saúde constante dos autos consiste em formulário eletrônico de caráter genérico, acostado às fls. 240/243, desprovido de assinatura do segurado, circunstância que, por si só, é insuficiente para caracterizar a existência de má-fé ou de omissão dolosa de informações relevantes.

Ainda que o laudo médico indique que o segurado era portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, tais enfermidades, por sua natureza tratável e controlável, não são suficientes para caracterizar, por si só, omissão dolosa ou intenção de fraudar a seguradora. Tais doenças não implicam, necessariamente, em risco iminente de morte e não excluem, de forma automática, a boa-fé na celebração do contrato.

Além disso, a certidão de óbito do segurado Elmo Paulo Favaretto indica como causa do falecimento “*causa indeterminada, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica*” (fl. 83), não sendo possível estabelecer nexos causal direto entre o óbito e qualquer enfermidade eventualmente preexistente. Pois, saliento que o falecimento pode ter decorrido de múltiplas causas, sendo inviável, na ausência de prova robusta, imputar a morte a eventuais doenças preexistentes.

Reitero que, por razões econômicas e administrativas, não foi exigida, pela própria seguradora, a realização de exames médicos prévios ou análise aprofundada da condição clínica do proponente. Tal ônus de avaliação do risco, por sua própria natureza, compete exclusivamente à parte ré, não podendo esta, posteriormente, transferir ao consumidor a responsabilidade por eventual omissão que decorra de falha em seu próprio processo de subscrição do contrato.

Como já pacificado por este E. Tribunal, nos termos da Súmula 105, “*não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional*”.

No mesmo sentido, dispõe a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça: “*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.*”

Em que pese a manifestação ministerial de fls. 624/629 - no sentido de que o segurado teria violado o dever de boa-fé objetiva



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

nas relações contratuais entre particulares –, entendo que, no caso concreto, não há nos autos qualquer elemento probatório apto a evidenciar conduta dolosa ou fraudulenta por parte do segurado.

Pois, o Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no sentido de que não se pode *“presumir-se a má-fé da segurada sobre a pré-existência da doença sem respaldo em prova técnica e, ainda, neste caso, sem que sequer tenha sido alegada e demonstrada pela seguradora”* (REsp 617239/MG, Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, j. 14/09/2004).

Tampouco se demonstrou que o falecido, à época da celebração do pacto, tenha sido informado, de forma clara e destacada, acerca das cláusulas limitativas do contrato, como exige o artigo 6º, inciso III, e o § 4º do artigo 54, ambos do Código de Defesa do Consumidor.

Diante da ausência de exigência de exames médicos prévios por parte da seguradora, revela-se indevida a negativa de cobertura securitária, não sendo possível imputar ao segurado responsabilidade por eventual omissão não intencional, especialmente em contexto no qual a própria estipulante não promoveu diligência mínima para avaliação do risco contratual.

Tenho, portanto, que a parte ré não se desincumbiu do ônus probatório que lhe competia, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil, devendo ser mantida a condenação à quitação do saldo devedor proporcional à participação do segurado no financiamento, tal como determinado na sentença.

Colhem-se julgados desta Corte, em situações análogas:

“CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. IMÓVEL. COMPRA E VENDA. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO EM FACE DA CDHU. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. ALEGADA NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL. HIPÓTESE, CONTUDO, EM QUE ELA SE MOSTRA ABSOLUTAMENTE DESNECESSÁRIA PARA O DESLINDE DA CAUSA. MATÉRIA EXCLUSIVAMENTE DE DIREITO. PRELIMINAR AFASTADA. RECURSO DOS AUTORES IMPROVIDO. SEGURO PRESTAMISTA. APÓLICE VINCULADA A CONTRATO DE FINANCIAMENTO DE IMÓVEL. PRETENDIDA QUITAÇÃO DO SALDO DEVEDOR EM VIRTUDE DO FALECIMENTO DE UM DOS MUTUÁRIOS. ADMISSIBILIDADE. DOENÇA PREEXISTENTE. OMISSÃO PROPOSITAL PELO SEGURADO QUE NÃO SE OBSERVOU. CONTRATO DE ADESÃO. CLÁUSULAS PREVIAMENTE ELABORADAS E SEM QUESTIONAMENTOS ESPECÍFICOS. AUSÊNCIA, OUTROSSIM, DE EXAME PRÉVIO A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PARA SINALIZAR A EXISTÊNCIA DE DOENÇAS. OBSERVÂNCIA DO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ, QUE DEVE VIGORAR NOS CONTRATOS. SENTENÇA MANTIDA. RECURSOS IMPROVIDOS.” (TJSP; Apelação Cível 1002789-03.2022.8.26.0642; Relator (a): Vito Guglielmi; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ubatuba - 1ª Vara; Data do Julgamento: 01/04/2025; Data de Registro: 01/04/2025 - grifei);

“DIREITO DO CONSUMIDOR E SECURITÁRIO. APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO PRESTAMISTA. NEGATIVA DE COBERTURA. PRAZO DE CARÊNCIA NÃO INFORMADO. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE

EXAME MÉDICO PRÉVIO. RESTITUIÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS APÓS O ÓBITO. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Apelação cível interposta por seguradora contra sentença que determinou a quitação de financiamento vinculado a seguro prestamista e a devolução de valores pagos após o óbito do segurado. A sentença afastou a negativa de cobertura securitária, por entender que não havia prazo de carência aplicável e que a recusa com base em doença preexistente era ilícita, nos termos da Súmula 609 do STJ. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 3. Há duas questões em discussão: (i) a validade da cláusula contratual que prevê prazo de carência não informado ao segurado; e (ii) a possibilidade de negativa de cobertura securitária com fundamento em doença preexistente não declarada. III. RAZÕES DE DECIDIR 4. Apólice enviada ao segurado pela instituição financeira estipulante indicava vigência imediata da cobertura securitária em caso de morte, não havendo comprovação de que o prazo de carência de 30 dias tenha sido previamente informado. Aplicação do art. 46 e 47 do CDC, com prevalência da interpretação mais favorável ao consumidor. 5. A seguradora não exigiu exames médicos prévios, e não há prova da má-fé do segurado ao firmar o contrato, conforme estabelece a Súmula 609 do STJ. A recusa de cobertura, com fundamento em doença preexistente, configura prática abusiva. 6. A restituição dos valores pagos após o óbito do segurado é devida, pois a cobrança tornou-se indevida com a ocorrência do evento coberto pelo seguro. IV. DISPOSITIVO E TESE 7. Recurso desprovido. Tese de julgamento: "1. A cláusula contratual que prevê carência sem comprovação de ciência do segurado não pode ser aplicada em prejuízo do consumidor. 2. A seguradora não pode negar cobertura securitária com fundamento em doença preexistente quando não exigiu exames médicos prévios nem demonstrou má-fé do segurado." Dispositivos relevantes citados: CC, art. 423; CDC, arts. 46 e 47. Jurisprudência relevante citada: Súmula 609/STJ; TJSP, Apelação Cível nº 1000136-04.2022.8.26.0165, Rel. Celina Dietrich Trigueiros, 27ª Câmara de Direito Privado, j. 27.03.2024." (TJSP; Apelação Cível 1015524-68.2023.8.26.0566; Relator (a): Gilberto Franceschini; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 2); Foro de São Carlos - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/03/2025; Data de Registro: 13/03/2025 - grifei).

Inclusive por esta C. Câmara:

"SEGURO HABITACIONAL. Seguro acessório a contrato de compromisso de venda e compra com pagamento do preço diferido no tempo. Morte do segurado. Negativa de cobertura pela seguradora. Negativa de quitação do preço. Exigência de documentos não previstos em contrato. Impossibilidade. Boa-fé do segurado se presume. Presunção contra a seguradora, decorrente da ausência de preenchimento de formulários ou de exames médicos preexistentes à contratação. Indenização securitária devida. Extinção do contrato à data da ocorrência do sinistro. Ressarcimento dos valores cobrados indevidamente após o óbito. Restituição em dobro do valor cobrado indevidamente. Admissibilidade. Art. 42, parágrafo único, do CDC. Ausência de qualquer justificativa para as cobranças, diante da ciência inequívoca da morte do segurado. Comprovação da comunicação do óbito do segurado, a conduzir à presunção de veracidade da má-fé. Dano moral caracterizado. Recurso da corré improvido e recurso da autora provido." (TJSP; Apelação Cível 1009129-42.2022.8.26.0066; Relator (a): Francisco Loureiro; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Barretos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/10/2023; Data de Registro:



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

19/10/2023 - grifei).

Outrossim, no que se refere à tese recursal sustentada pela parte autora, entendo que a situação dos autos não configura mero aborrecimento cotidiano ou dissabor inerente à vida em sociedade.

A conduta das rés ultrapassou os limites do tolerável e configurou violação a bem jurídico de natureza extrapatrimonial, com repercussões diretas na dignidade dos autores, sobretudo diante da perda recente de seu ente familiar e da situação de vulnerabilidade que se seguiu ao falecimento do mutuário.

Após a ocorrência do sinistro e a comunicação formal do óbito do segurado à instituição financeira e à seguradora, os autores relataram diversas tentativas de contato, a fim de viabilizar o cumprimento da cláusula contratual relativa à quitação do saldo devedor. Contudo, mesmo diante da inequívoca ciência da morte do segurado, as rés mantiveram a cobrança das parcelas vincendas e vencidas do financiamento, negando-se a cumprir a cobertura securitária prevista no contrato.

Os apelantes, que declararam serem economicamente dependentes do falecido, encontraram-se impossibilitados de arcar com o pagamento das parcelas remanescentes do financiamento, o que culminou no inadimplemento contratual. Em razão dessa inadimplência, passaram a receber reiteradas notificações de cobrança, acompanhadas de advertências quanto à possibilidade de consolidação da propriedade fiduciária e consequente perda do imóvel, conforme se depreende dos documentos acostados às fls. 129/141.

Aliás, a situação assume contornos ainda mais sensíveis quando se considera o impacto emocional causado ao menor M., que, além de vivenciar a perda precoce e irreparável de seu pai, foi submetido, juntamente com sua mãe, à ameaça da perda do lar familiar por força de negativa contratual injustificada.

Grande celeuma existe na quantificação dos danos morais.

Deveras, a corrente doutrinária e jurisprudencial majoritária reputa a existência de caráter dúplice de tal indenização, “(...) pois tanto visa a punição do agente quanto a compensação pela dor sofrida” (RT 742:320).

Deve, assim, “representar uma punição para o infrator, capaz de desestimulá-lo a reincidir na prática do ato ilícito, e deve ser capaz de proporcionar ao ofendido um bem-estar psíquico compensatório do amargor da ofensa” (Boletim AASP 2089:174).

Considerando a extensão do dano experimentado, a capacidade econômica da parte ré, bem como os parâmetros estabelecidos pela doutrina e jurisprudência majoritárias, e em observância ao disposto no artigo 944 do Código Civil, aliado aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, fixo a indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00, a ser dividido entre os autores Renata e M.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

O referido montante revela-se adequado para atender à dupla finalidade da indenização por dano moral: compensar os prejuízos extrapatrimoniais sofridos pelos autores e exercer função pedagógica, desestimulando a repetição de condutas semelhantes pela parte ré.

Sob tal perspectiva:

“SEGURO DE VIDA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE, FATO QUE SERIA DO CONHECIMENTO DO SEGURADO NA OPORTUNIDADE DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. RECUSA AO CUMPRIMENTO COM BASE NA ALEGAÇÃO DE MÁ-FÉ NA CONTRATAÇÃO. CONSTATAÇÃO DE QUE, NA VERDADE, HOUVE MERA RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. AUSÊNCIA DE PROVA DE QUE O AUTOR FOI INFORMADO QUE SE TRATAVA DE NOVA CONTRATAÇÃO. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DEVIDA. DANO MORAL. CONFIGURADO. ARBITRAMENTO QUE GUARDA RAZOABILIDADE. PREVALECIMENTO. INAPLICABILIDADE DA TAXA SELIC. NECESSIDADE DE ADOÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DE JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DA ENTRADA EM VIGOR DA LEI 14.905/2024. RECURSOS IMPROVIDOS, COM OBSERVAÇÕES. 1. Os elementos constantes dos autos demonstram que, ao contrário do afirmado pela seguradora, houve mera renovação do contrato de seguro de vida entabulado entre as partes. Ausência de prova de informação prestada no sentido de que se tratava de nova contratação. Ressalte-se que, no momento da contratação, não há nada que indique que o autor sabia de doença preexistente. 2. No mais, O fato de o segurado ser portador de moléstia ao renovar o seguro não basta para caracterizar a sua má-fé, pois se faz necessária a prova de que tinha a intenção de obter vantagem indevida. No ato da contratação a seguradora não cuidou de realizar qualquer apuração para obter informações a respeito do estado de saúde do proponente. A boa-fé se presume, a má-fé deve ser demonstrada e a ré não cuidou de atender ao ônus que sobre si recaía. Daí a procedência dos pedidos. 3. Houve demonstração efetiva da ocorrência dos danos morais a justificar o reconhecimento do direito à reparação. No caso, os transtornos vividos pelo segurado de fato caracterizam verdadeira situação de dano moral, devido à negativa injustificada na prestação de indenização securitária devida, sujeitando-o, inegavelmente, a uma situação de efetivo abalo psicológico, resultando caracterizado o dano moral. 4. A indenização pela reparação do dano moral deve ser fixada em valor que permita propiciar uma compensação razoável à vítima, a guardar conformidade com o grau da culpa e a influenciar no ânimo do ofensor, de modo a não repetir a conduta. Reconhecida a ocorrência da devida proporcionalidade, apresenta-se razoável o valor de R\$ 10.000,00, por identificar a situação de equilíbrio, ficando mantida a quantia fixada pelo juízo. 5. Inaplicável se mostra a Taxa Selic em substituição da correção monetária e dos juros de mora, pois somente é usada em hipóteses expressa e previamente previstas, tratando-se de dívidas de natureza pública. 6. A partir da entrada em vigor da Lei 14.905/2024, que introduziu nova forma de cálculo dos juros legais e da correção monetária, deverão ser adotados os critérios de cálculo respectivos. 6. Por força do que estabelece o artigo 85, § 11, do CPC, uma vez improvido o recurso de apelação da ré, eleva-se a 12% sobre o valor atualizado da causa.” (TJSP; Apelação Cível 1042237-69.2023.8.26.0602; Relator (a): José Augusto Genofre Martins; Órgão Julgador: 31ª Câmara de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Direito Privado; Foro de Sorocaba - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/03/2025; Data de Registro: 18/03/2025 - grifei).

Ademais, observa-se que o valor da causa foi fixado com base na pretensão econômica deduzida na exordial, refletindo o proveito financeiro que a parte autora objetiva obter por meio da tutela jurisdicional. Verifica-se, ainda, que tal matéria não foi objeto de impugnação na contestação apresentada às fls. 188/206. Considerando que a obrigação de fazer está diretamente relacionada à negativa indevida da seguradora ré, é adequado que o valor atribuído à causa guarde correspondência com o montante da indenização securitária cuja cobertura se pretende ver reconhecida.

Por tais razões, deve ser mantida a base de cálculo adotada para a fixação da verba honorária, tal como estabelecido na sentença proferida pelo juízo de origem.

Por fim, eventuais controvérsias relativas ao cumprimento da obrigação de fazer – como a alegada impossibilidade de emissão de boletos pela instituição financeira, conforme exposto pela parte autora às fls. 595/603 – deverão ser submetidas ao juízo de origem, a quem caberá adotar as providências cabíveis, sob pena de supressão de instância.

Ante o exposto, a sentença merece parcial reforma, unicamente quanto ao pedido de indenização por danos morais.

Considerando a derrota processual das requeridas e sopesando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais à parte ré no importe de 15% sobre o valor atualizado dado à causa, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso interposto pela parte ré e **dou parcial provimento** ao recurso da parte autora, para também condenar as rés no pagamento de indenização por dano moral equivalente a R\$ 10.000,00, a ser dividida entre os autores Renata e M., valor que deverá ser atualizado monetariamente desde a presente data, nos termos da Súmula 362 do Superior Tribunal de Justiça, até o efetivo pagamento, conforme a Tabela Prática do TJSP, incidindo juros de mora de 1% ao mês desde a citação, mantendo-se, no mais, os demais termos da r. sentença.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora