



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

Registro: 2025.0000450855

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1070870-13.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUDACLUBE DE SERVIÇOS, são apelados VALDENEIDE ARAUJO AMANCIO (JUSTIÇA GRATUITA), ISABELLA ESTEVES ARAUJO (JUSTIÇA GRATUITA) e YASMIN ESTEVES ARAUJO (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 25ª 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 HUGO CREPALDI (Presidente), MARY GRÜN E JOÃO ANTUNES.

São Paulo, 9 de maio de 2025.

HUGO CREPALDI
Relator
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível nº 1070870-13.2024.8.26.0002

Comarca: São Paulo

Apelante: Sudaclube de Serviços

Apelado: Valdeneide Araujo Amâncio, Isabella Esteves Araujo e Yasmin Esteves Araujo

Voto nº 38.997

APELAÇÃO – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DE VIDA EM GRUPO – NEGATIVA DE INDENIZAÇÃO – DOENÇA PREEXISTENTE – "De cujus" que integrava o grupo segurado, nos termos da proposta do seguro – Ausência de comprovação pela seguradora, ademais, da alegada má-fé do segurado ao contratar – A falta de exigência de exames médicos no momento da contratação do seguro de vida, bem como a ausência de prova de omissão dolosa de informações ao preencher o cartão proposta, impede que a seguradora se recuse ao pagamento da indenização – Inteligência da Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça – Negado provimento.

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta por **SUDACLUBE DE SERVIÇOS**, nos autos da ação de cobrança que lhe movem **VALDENEIDE ARAUJO AMÂNCIO, ISABELLA ESTEVES ARAUJO** e **YASMIN ESTEVES ARAUJO**, objetivando a reforma da sentença (fls. 297/301) proferida pela MMª. Juíza de Direito da 15ª Vara Cível do Foro Regional de Santo Amaro, Dra. Mariah Calixto Sampaio Marchetti, que julgou parcialmente procedente a demanda para: **"a) CONDENAR a ré à pagar a parte autora o seguro "MQC - Morte Qualquer Causa" relativo à Apólice nº 23.93.0006658.12 (fls. 279), com correção pela tabela prática do TJSP a partir do pedido administrativo (INPC até a eficácia da lei nº 14.905/2024, quando será**

*substituído pelo IPCA-IBGE) e juros a contar do pedido administrativo, no percentual de 1% ao mês até a eficácia da lei nº 14.905/2024, quando serão devidos na forma do art. 406, § 1º, do Código Civil; b) **CONDENAR** a ré à pagar a parte autora o seguro "AF - Auxílio Funeral Individual" relativo à Apólice nº 23.93.0006658.12 (fls. 279), por meio de reembolso das despesas efetuadas e comprovadas pela parte autora, no limite do valor previsto no contrato. O valor será apurado em liquidação de sentença, por simples cálculo aritmético e mediante comprovação do desembolso, com correção pela tabela prática do TJSP a partir do desembolso (INPC até a eficácia da lei nº 14.905/2024, quando será substituído pelo IPCA-IBGE) e juros a contar do pedido administrativo, no percentual de 1% ao mês até a eficácia da lei nº 14.905/2024, quando serão devidos na forma do art. 406, § 1º, do Código Civil".*

Diante da sucumbência recíproca, cada parte restou condenada a arcar com metade das custas e despesas processuais, bem como em honorários advocatícios do patrono adverso, fixados em 10% do valor da condenação em desfavor da ré, e em 10% da diferença entre o valor dado à causa e o valor da condenação em desfavor das autoras, ressalvando-se os benefícios da gratuidade processual que lhes foram deferidos.

Apela a requerida (fls. 310/316) sustentando que o falecimento da segurada se deu em razão de doença preexistente não informada, risco excluído da cobertura contratada.

Aduz, ainda, que não prospera a afirmação de que não houve requerimento de exames médicos à segurada no ato da contratação, pois, em se tratando de seguro coletivo, cabe exclusivamente ao estipulante, e não à seguradora, o dever de fornecer ao segurado (seu representado) ampla e prévia informação a respeito dos contornos contratuais, no que se inserem, em especial, as cláusulas restritivas.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

Pugna, assim, pela reforma da sentença, a fim de que sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na inicial. Subsidiariamente, pleiteia ser necessário consignar que a indenização por auxílio funeral deve respeitar os limites contratualmente previstos.

Regularmente processado o feito, foram apresentadas contrarrazões (fls. 322/330).

Remetidos os autos a esta Instância Recursal, o apelo foi recebido em seu duplo efeito.

É o relatório.

Cuidam os autos de ação de cobrança movida pelas autoras visando à condenação da ré ao pagamento das indenizações securitárias de Morte por Qualquer Causa (MQC) e Auxílio Funeral Individual (AF), além de danos morais suportados em razão da recusa administrativa do referido pagamento.

Segundo narra a petição inicial, a pessoa jurídica *Macor Segurança e Vigilância Ltda.* celebrou contrato de seguro com a ré, consubstanciado pela apólice de nº 23.93.0006658, que garantia cobertura para sócios/diretores e funcionários, condição esta de *Eldimar Esteves Amâncio*, que faleceu no dia 16 de março de 2022 por parada cardíaca.

As autoras, beneficiárias do capital segurado, acionaram a seguradora ré e realizaram o envio de todos os formulários e documentos requeridos, mas a indenização foi negada, ensejando o ajuizamento da presente ação.

A pretensão autoral foi parcialmente acolhida pela ilustre Magistrada *a quo*.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

E, em que pese a irresignação deduzida, reputo que a r. sentença não comporta reforma, devendo ser mantida por seus próprios fundamentos, conforme passa a se expor.

Verifica-se, com efeito, que a ré não trouxe aos autos declaração de saúde preenchida pela seguradora, de modo que, ainda que fosse portadora de doença preexistente, não seria possível falar que tenha agido de má-fé, vez que não comprovado que lhe foi concedida oportunidade para informar a existência da moléstia.

Considerando que cabia à ré demonstrar que a seguradora omitiu informações relevantes à aceitação da proposta de seguro no momento da contratação, ônus do qual não se desincumbiu, não há que se falar na exclusão do dever de indenizar.

Não se mostra razoável a seguradora tentar se eximir da responsabilidade decorrente de contrato após receber as parcelas do prêmio sem nenhuma objeção.

Destaca-se que os contratos de seguro caracterizam verdadeiros contratos de adesão, uma vez que não é propiciada ao segurado nenhuma discussão sobre as cláusulas e condições contratuais, sendo-lhe simplesmente imposta a aderência ao pacto. Presume-se, dessa forma, a boa-fé na contratação, devendo haver sempre suficiente comprovação da má-fé, quando

Presume-se, dessa forma, a boa-fé na contratação, devendo haver sempre suficiente comprovação da má-fé, quando alegada. Não demonstrada a má-fé por parte do contratante, esta não pode ser usada em seu desfavor.



PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

Lamentavelmente, é corriqueira a conduta das seguradoras em celebrar contratos, receber os valores das prestações por toda a vigência do pacto e, apenas no momento da notícia do sinistro, passar a investigar aprofundadamente a vida clínica do segurado, procurando algum motivo que as isente do pagamento da indenização devida.

No entanto, é entendimento pacífico do Colendo Superior Tribunal de Justiça que, para se eximir do pagamento da indenização, não basta a alegação de omissão por parte do segurado, incumbindo à seguradora, no momento da contratação, a exigência de realização de exame prévio, a fim de verificar a adequação do proponente aos termos exigidos, ou a comprovação de sua má-fé ao omitir sua condição, o que não foi feito nos presentes.

Nesse sentido, cita-se a Súmula 609 da Corte Superior: *“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”*.

O fato de se tratar de contrato de seguro coletivo não possui o condão de alterar tal entendimento, pois de qualquer forma competia à seguradora requerer relatório (ainda que simplificado) da condição de seus novos segurados ou fazer avaliação prévia com cada um deles.

Não tendo realizado nenhuma diligência no sentido de apurar o agravamento da sinistralidade contratada, evidencia-se a assunção do risco de cobertura daqueles em situação análoga à falecida (art. 766, do Código Civil).

Por fim, carece de interesse recursal a apelante ao pretender restringir a indenização por auxílio funeral aos limites contratualmente previstos, o que já foi reconhecido expressamente na



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

25ª Câmara de Direito Privado

sentença.

Portanto, na ausência de motivos que justifiquem a reforma da sentença recorrida, imperiosa a manutenção do entendimento adotado em Primeiro Grau.

Levando-se em consideração o trabalho adicional realizado em grau recursal pelo patrono da parte vencedora, bem como os parâmetros estabelecidos pelo art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil, notadamente o grau de zelo profissional, majoro os honorários advocatícios de sucumbência para 15% do valor da condenação, conforme preceitua o § 11 deste mesmo dispositivo.

Pelo exposto, nego provimento ao recurso e majoro os honorários advocatícios para 15% do valor da condenação.

HUGO CREPALDI

Relator