



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO**

Processo: 0172597-66.2019.8.06.0001 - Apelação Cível

Apelante: Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A - METLIFE.

Apelado: -----.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. SEGURO VIDA COMPLEMENTAR. COBERTURA PARA DOENÇAS GRAVES. NEGATIVA SOB PRETEXTO DE DOENÇA PREEEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS E DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. SÚMULA Nº 608 DO C. STJ. DEVER DE COBERTURA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. SITUAÇÃO DEFLAGRADA DE ANGÚSTIA QUE ULTRAPASSA A ESFERA DO MERO ABORRECIMENTO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. Trata-se de recurso de apelação cível interposto contra a sentença proferida às fls. 328/338, que julgou procedente a ação de obrigação de fazer com tutela antecipada e danos morais. Segundo a recorrente, a negativa de cobertura securitária para a enfermidade acometida pelo apelado é legítima diante da preexistência constatada.
2. Diferentemente do que defende a apelante, o relatório médico de fl. 34 não indica a existência de doença preexistente para a enfermidade da qual o segurado pediu indenização. A partir desse documento – que serviu de amparo à seguradora para a negativa de cobertura – confere-se que ao tempo da contratação do seguro (2010) o autor só estava ciente de seu problema de hipertensão arterial e diabetes. Apenas no ano de 2015, quando realizou cirurgia pós infarto do miocárdio, foi que descobriu a doença renal crônica. O parecer médico é bem claro quanto a isso e não há necessidade de maiores digressões sobre o assunto.
3. Ainda que se considerasse que a doença renal teria sido causada indiretamente pela diabetes ou hipertensão, tal circunstância era desconhecida do segurado, que, por lógica, não poderia ter informado à seguradora no ato da contratação. Acresça-se, ainda, o fato de que a declaração de saúde estar preenchida de forma mecânica e não estar subscrita pelo segurado (fls. 255/256), inclusive, os campos destinados à data e à assinatura do proponente estão em branco, indicando ser possível que ele não tenha respondido ao formulário ou mesmo não tenha sido orientado a fazê-lo de forma correta, o que exclui qualquer indício de má-fé por parte do consumidor sobre a ocultação das doenças que lhe acometiam ao tempo da adesão.
4. Saliente-se, outrossim, que, apesar de a ré/apelante ter acostado aos autos a cópia do processo de sinistro com a proposta de adesão (fls. 230/292), observa-se que ela não fez exigência de comprovação do estado de saúde do segurado ao tempo da contratação, não podendo, portanto, se eximir do dever de indenizar. A propósito, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido de que “a recusa de cobertura securitária,



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

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” (enunciado de súmula nº 609

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

do STJ).

5. Portanto, ausente a exigência de exames médicos prévios à contratação e a demonstração de má-fé do segurado, resta configurada a conduta ilícita da seguradora, que impõe o dever de pagar a indenização devida e reparar civilmente o consumidor pelo dano extrapatrimonial sofrido. Nesse contexto, a negativa de cobertura para o seguro saúde configura situação violadora da boa-fé objetiva e contrária à própria natureza do contrato, agravando a aflição psicológica e angústia do segurado, que se vê vulnerável diante do seu grave quadro de saúde e sem a proteção financeira que esperava em contraprestação aos prêmios mensais que pagava, ultrapassando, assim, a esfera do mero aborrecimento.

6. Recurso conhecido e desprovido.

ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 1ª Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por uma de suas turmas, à unanimidade, em conhecer do recurso, para lhe negar provimento, nos termos do voto do Desembargador Relator. Fortaleza, data da assinatura digital.

DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO
Relator

RELATÓRIO

Trata-se de recurso de apelação cível interposto por Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., objetivando a reforma da sentença proferida às fls. 328/338, pela MMª. Juíza de Direito Débora Danielle Pinheiro Ximenes, da 26ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, que julgou procedente a ação de obrigação de fazer com tutela antecipada e danos morais, ajuizada por ----- contra a ora recorrente.

Eis o dispositivo da sentença objurgada:

Ante todo o exposto e o que mais dos autos consta, **JULGO PROCEDENTES** os pleitos autorais, declarando resolvido o mérito do processo, nos termos do art. 487, inciso I, do CPC, para:

A) Condenar o requerido ao pagamento de **R\$ 24.591,00 (vinte e quatro mil quinhentos e noventa e um reais)** ao requerente tocante ao sinistro de seguro de vida por doença grave, com a **incidência de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês**



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

a partir da citação, e a correção monetária pelo INPC desde a data de celebração do contrato.

B) Condenar o requerido ao pagamento de dano moral no montante de **R\$8.000,00** (oito mil reais), a título de danos morais, sobre o qual incidirão correção monetária, pelo índice INPC, a partir da data do arbitramento por sentença, conforme Enunciado nº 362 da Súmula do STJ, e juros moratórios simples de

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

1% (um por cento) ao mês a contar da data do evento danoso, em consonância com o art. 398 do CC e Súmula 54 do STJ.

Condeno a parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios estes arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, a ser corrigido pelo INPC e juros simples de 1% (um por cento) a partir da citação, nos termos do §2º do art. 85 do CPC.

Nas razões do apelo (fls. 360/376), a recorrente pede a reforma integral da sentença sob o argumento de que não tem obrigatoriedade de realizar o pagamento da indenização. Aduz, ainda, que: (i) o apelado já tinha pleno conhecimento da insuficiência renal crônica, hipertensão arterial e diabetes que lhe acometiam há quase vinte anos e nada informou no ato da contratação do seguro; (ii) houve má-fé do segurado e agravamento do risco, incorrendo nas penalidades previstas nos arts. 765 e 766 do Código Civil; (iii) o segurado deve responder com fidedignidade ao questionário que lhe é apresentado; (iv) a omissão impede a seguradora de dimensionar a taxa atuarial do prêmio, pois a enfermidade preexistente é como risco já iniciado e, por isso, inconciliável com a sua natureza, de só cobrir os eventos futuros e incertos; (v) o CDC admite cláusulas limitativas e restritivas ao direito do consumidor, desde que feitas com destaque e permitam sua fácil e imediata compreensão; e (vi) não houve ato ilícito que possa lhe imputar a condenação em danos morais.

Preparo recursal comprovado às fls. 377/378.

Contrarrazões às fls. 382/388.

É o relatório.

VOTO

1 – Admissibilidade

Inicialmente, registre-se que os pressupostos recursais – cabimento, legitimidade e interesse de recorrer, tempestividade, regularidade formal, preparo, inexistência de fato impeditivo ou extintivo do poder de recorrer – estão devidamente preenchidos no caso concreto, inexistindo quaisquer vícios graves que obstem o conhecimento do recurso.

2 – Mérito recursal



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Consoante relatado, o cerne da controvérsia recursal consiste em analisar se a negativa de cobertura securitária para a enfermidade acometida pelo apelado é legítima diante da alegada preexistência constatada pela Seguradora.

O contrato em questão é o seguro de vida complementar cujo certificado está anexado às fls. 21/30 destes autos e manual do segurado juntado pela ré/apelante às fls. 159/179.

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

Dos referidos documentos, extrai-se que a cobertura contratada é para doenças graves e diária hospitalar, sendo que, para doenças graves, o capital segurado de R\$ 24.591,00 e carência de 90 dias.

Já pelo histórico de sinistro de fl. 231, verifica-se que o seguro possui vigência desde 25.09.2010 e a causa do pedido de indenização é a insuficiência renal crônica. Também se confere que a negativa da seguradora se deu a partir do parecer médico emitido pelo Dr. Joaquim Anselmo Sabóia Filho, que, segundo a requerida/recorrente, declarou que o segurado é portador de Diabetes Mellitus há aproximadamente vinte anos e que na proposta de adesão preenchida em 27.08.2010 o segurado não declarou qualquer doença.

Todavia, diferentemente do que defende a apelante, o relatório médico não indica a existência de doença preexistente para a enfermidade da qual pediu indenização.

O referido parecer, que foi acostado pelo autor/apelado à fl. 34, foi emitido em março de 2019 e, nele, o médico relatou que o paciente “é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus II de longa evolução (> 20 anos), tendo evoluído com várias complicações relacionadas à doença arteriosclerótica difusa”. Continua atestando que, **em 2015**, o paciente sofreu um infarto agudo do miocárdio e realizou cirurgia de revascularização miocárdica, sendo que, “**durante a internação fora evidenciado disfunção renal importante**, tendo o paciente sido encaminhado para seguimento ambulatorial com nefrologista [...]”. Finaliza informando que “o paciente realiza, desde então, terapia de substituição renal (hemodiálise) nesta clínica em regime 3x/semana”. [Grifos nossos]

Ora, a partir deste documento – que serviu de amparo à seguradora para a negativa de cobertura – confere-se que ao tempo da contratação do seguro (2010) o autor só estava ciente de seu problema de hipertensão arterial e diabetes. Apenas no ano de 2015, quando realizou cirurgia pós infarto do miocárdio, foi que descobriu a doença renal crônica. O parecer médico é bem claro quanto a isso e não há necessidade de maiores digressões sobre o assunto.

Logo, não havendo correlação entre a doença grave que pediu cobertura (renal



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

crônica) e as enfermidades que existiam ao tempo da adesão ao contrato (hipertensão e diabetes), não há como acolher as alegações de preexistência nem de má-fé no preenchimento do questionário da seguradora.

Ademais, ainda que se considerasse que a doença renal teria sido causada indiretamente pela diabetes ou hipertensão, tal circunstância era desconhecida do segurado, que, por lógica, não poderia ter informado à seguradora no ato da contratação.

Acresça-se, ainda, o fato de que a declaração de saúde estar preenchida de forma mecânica e não estar subscrita pelo segurado (fls. 255/256), inclusive, os campos

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

destinados à data e à assinatura do proponente estão em branco, indicando ser possível que ele não tenha respondido ao formulário ou mesmo não tenha sido orientado a fazê-lo de forma correta, o que exclui qualquer indício de má-fé por parte do consumidor sobre a ocultação das doenças que lhe acometiam ao tempo da adesão.

Saliente-se, outrossim, que, apesar de a ré/apelante ter acostado aos autos a cópia do processo de sinistro com a proposta de adesão (fls. 230/292), observa-se que ela não fez exigência de comprovação do estado de saúde do segurado ao tempo da contratação, não podendo, portanto, se eximir do dever de indenizar.

A propósito, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido de 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” (enunciado de súmula nº 609 do STJ).

Nesse sentido, para efeito de argumentação, confirmam-se os julgamentos abaixo ementados:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE SEGURO. DOENÇA PREEXISTENTE DO SEGURADO. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS À CONTRATAÇÃO. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 609/STJ. CONSONÂNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. **Consoante orientação do Superior Tribunal de Justiça, nos termos da Súmula 609 do STJ, não é possível à seguradora recusar a cobertura securitária alegando a existência de doença preexistente se deixou de exigir, antes da contratação, a realização de exames médicos pela parte segurada.** 2. O entendimento adotado no acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ. 3. Agravo interno a que se nega provimento. (STJ - AgInt no AREsp: 1919305 SP 2021/0185619-0, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 25/10/2021, T4 - QUARTA TURMA, Data de



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Publicação: DJe 26/11/2021). [Grifei].

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO CONTRATUAL. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. ALEGAÇÃO DE FRAUDE E OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE NA CONTRATAÇÃO. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉ- ADMISSIONAIS OU COMPROVAÇÃO INEQUÍVOCA DE FRAUDE. PRECEDENTES DO STJ. SENTENÇA QUE SE REFORMA. 1- **O Superior Tribunal de Justiça tem entendimento consolidado de que, ainda que preexistente a doença, se a seguradora não exigiu exames prévios ou não comprovou a má-fé por parte do segurado, é ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro.** 2- No caso dos autos, a operadora de plano de saúde, obrigou-se contratualmente a custear as despesas de assistência médico-hospitalar, não podendo fazer restrições que resultem na perda da finalidade do pacto, qual seja, a de garantir a saúde e a vida dos contratantes, ao argumento de que

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

houve fraude na contratação por omissão de doença preexistente, sobretudo porque não se desincumbiu do ônus de realizar qualquer exame prévio ao contrato, portanto, não há que se falar neste caso em rescisão do contrato por fraude. 3- In casu, Operadora de Plano de Saúde que adota duas versões conflitantes sobre o mesmo fato (admite a contratação do plano empresarial com a 2ª Ré, e quando esta precisa da cobertura emergencial, alega uma suposta fraude na contratação e doença preexistente), sendo-lhe vedado pelo Direito adotar comportamento contraditório, tratando-se aqui de típica hipótese de venire contra factum proprium, o qual ofende o dever geral de lealdade e confiança que devem ser recíprocos entre as partes, como cláusula geral da boa-fé objetiva. 4- Provimento ao recurso.

(TJ-RJ - APL: 00015989220168190205, Relator: Des(a). JACQUELINE LIMA MONTENEGRO, Data de Julgamento: 18/11/2021, VIGÉSIMA SÉTIMA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 22/11/2021). [Grifei].

AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. O recurso centra-se na controvérsia sobre a má-fé do segurado e omissão de informações, aptas a afastar o dever de indenizar, quando houve a contratação das apólices de seguro oferecidas pelo corréu Banco do Brasil, contratados pelo falecido com a corré Companhia de Seguros Aliança do Brasil. As alegações da seguradora no sentido de que houve omissão do segurado quanto a doença preexistente não podem servir de justificativa para negativa de cobertura do sinistro. Os documentos médicos juntados aos autos demonstraram que o segurado portava insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão e diabetes (fls. 1529/1530). **Anote-se que, se a seguradora optou por não realizar exames médicos na época da contratação, não pode alegar a inexistência de cobertura por doença preexistente, sem que comprovada a má-fé do segurado.** Ademais, da análise da prova contida nos autos, não se constatou nexos causal da sua causa da morte do segurado (fls. 1526/1528), com alguma doença preexistente não informada no ato da contratação. O fato do segurado, na data em que aderiu o seguro, ter declarado na proposta de adesão que estava em perfeitas condições de saúde não caracteriza a má-



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

fê, apta a ensejar a perda do direito ao recebimento da indenização securitária. A diabetes e a hipertensão arterial, doenças que afetam grande parcela da população mundial, se devidamente tratadas, permitem aos seus portadores a manutenção de uma vida normal. Não se configurava, assim, como fator de aumento do risco segurado. E, como cediço, a boa-fê se presume e a má-fê se comprova. Importante registrar que a primeira cêdula de crédito estava datada de 18/05/2018 (fl. 43), mesma época do seguro (fls. 48/49). O segurado já contava com mais de 75 anos e, ainda assim, a instituição financeira (que agia em conjunto com a seguradora) dispensou realização de qualquer exame prévio. Naquela época, segundo relatórios médicos destacados na defesa (fl. 1815), o segurado referiu que estava melhor. Incidência das súmulas nº 609 do STJ e 105 do TJSP. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça. Ação procedente. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

(TJ-SP - AC: 10015943820208260032 SP 1001594-38.2020.8.26.0032, Relator: Alexandre David Malfatti, Data de Julgamento: 25/10/2021, 20ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 25/10/2021). [Grifei].

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

Portanto, ausente a exigência de exames médicos prévios à contratação e a demonstração de má-fê do segurado, resta configurada a conduta ilícita da seguradora, que impõe o dever de pagar a indenização devida e reparar civilmente o consumidor pelo dano extrapatrimonial sofrido.

Ora, nestes casos, a responsabilidade da seguradora é objetiva, nos termos do artigo 14, do Código de Defesa do Consumidor, que reza:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

[...]

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

- I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexistiu;
- II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro

A reparação objetiva, amparada na teoria do risco, prescinde do elemento culpa em caso de responsabilização civil do fornecedor por dano causado ao consumidor, bastando a comprovação do prejuízo sofrido e do nexo causal entre eles.

Nesse contexto, a negativa de cobertura para o seguro saúde configura situação violadora da boa-fê objetiva e contrária à própria natureza do contrato, agravando a aflição psicológica e angústia do segurado, que se vê vulnerável diante do seu grave quadro de saúde e sem a proteção financeira que esperava em contraprestação aos prêmios mensais que pagava, ultrapassando, assim, a esfera do mero aborrecimento.

Diante disso, e porque a seguradora não se incumbiu de demonstrar a



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

ocorrência das excludentes (inexistência de defeito e culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro), a consequência é a sua condenação à indenização por danos morais à parte autora.

Ratifico, portanto, a condenação imposta em primeira instância, deixando esta Corte Revisora de se pronunciar sobre o valor arbitrado em razão do princípio da adstrição, eis que a apelante não impugnou a quantia fixada nem requereu sua minoração.

3 – Dispositivo

Diante do exposto, **CONHEÇO** do recurso de apelação interposto pela Seguradora, para lhe **NEGAR PROVIMENTO**, mantendo incólumes os termos da sentença objurgada.

Por consequência, ficam os honorários advocatícios sucumbenciais majorados em 2 (dois) pontos percentuais ao que foi fixado em primeiro grau, totalizando o percentual de 12% (doze por cento) do valor da condenação, conforme art. 85, § 11, CPC.

GABINETE DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO

É como voto.

Fortaleza, data da assinatura digital.

DESEMBARGADOR JOSÉ RICARDO VIDAL PATROCÍNIO
Relator