



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE GOIÁS
Gabinete do Desembargador Rodrigo de Silveira
2ª Câmara Cível - gab.rsilveira@tjgo.jus.br

APELAÇÃO CÍVEL N.º 5162455-70.2022.8.09.0051

COMARCA DE ORIGEM: GOIÂNIA

APELANTE: BB SEGUROS - COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

APELADO: ESPÓLIO DE BENTO ALMEIDA DA SILVA

RELATOR: Desembargador RODRIGO DE SILVEIRA

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, **conheço** do apelo interposto.

Conforme relatado, trata-se de recurso de **apelação cível** interposto por BB SEGUROS - COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL contra a sentença proferida pelo Juiz de Direito da 28ª Vara Cível da comarca de Goiânia, nos autos da **ação de cobrança** proposta pelo ESPÓLIO DE BENTO ALMEIDA DA SILVA em face da apelante e do BANCO DO BRASIL S/A.

Após o processamento do feito, o juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido inicial, nos seguintes termos (evento 173):

“(…)

Ante o exposto, julgo procedente o pedido para condenar solidariamente BB SEGUROS – COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA BRASIL e BANCO DO BRASIL S/A a efetuarem o pagamento da indenização prevista na Apólice 1 Certificado nº 7681952

Proposta nº 7738243 para quitação do saldo devedor da operação nº 398.906.948, até o limite estipulado na Apólice.

Condeno os requeridos solidariamente nas custas processuais e em honorários advocatícios, que arbitro em 10% sobre o valor da causa atualizado.

Providencie a secretaria da UPJ a retificação do valor da causa para constar R\$ 100.000,00.”

O recurso de embargos de declaração oposto pela seguradora (evento 180) não foi conhecido, por ausência do alegado vício de omissão (evento 185).

Descontente com o desfecho conferido, a seguradora interpôs o presente apelo (evento 192), sustentado, em suma, que: (i) não há relação de consumo entre as partes, devendo ser afastada a aplicação do Código de Defesa do Consumidor; (ii) o seguro de vida prestamista contratado não é obrigatório, o que afasta a tese de “venda casada”; (iii) o falecido segurado, Sr. Bento Almeida da Silva, omitiu dolosamente doença preexistente grave (mieloma múltiplo), cuja ciência inequívoca remonta a diagnóstico confirmado em 10/06/2020, antes da contratação do seguro em 10/12/2020; (iv) a omissão de informação relevante pela parte contratante constitui hipótese de má-fé, nos termos dos arts. 765 e 766 do Código Civil, ensejando a perda do direito à indenização; e (v) a recusa ao pagamento é legítima e pautada nas cláusulas expressas da apólice contratada.

Ao final, requer a reforma da sentença para julgar improcedentes os pedidos formulados na petição inicial.

Ausentes questões preliminares, **passo ao exame do mérito.**

Consta dos autos que a parte autora pretende a condenação da seguradora, primeira requerida, ao pagamento do seguro contratado pelo falecido Bento Almeida para quitar a dívida existente perante o Banco do Brasil S.A., segundo requerido, representada pela Cédula de Crédito Bancário n.º 398.906.948, assinada em 10/12/2020, no valor de R\$ 98.972,53.

É cediço que o contrato de seguro caracteriza-se como um acordo sinalagmático e oneroso, em que uma das partes, mediante o pagamento de um prêmio, adquire o direito de exigir da outra o pagamento de indenização em caso de ocorrência de risco previamente estipulado.

Trata-se, pois, de um instrumento de proteção de um interesse legítimo, de natureza patrimonial ou pessoal, contra riscos previamente definidos.

É pacífico o entendimento do Superior Tribunal de Justiça e desta Corte no sentido de que a recusa de cobertura securitária sob a alegação de doença preexistente é ilegítima quando a seguradora não exige exames médicos prévios no momento da contratação, salvo quando restar evidenciada a má-fé do segurado, em clara afronta ao princípio da boa-fé objetiva, vetor informador das relações contratuais. Eis o teor das súmulas correlatas:

Súmula n.º 609/STJ:

"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."

Súmula n.º 14/TJGO:

"Não se admite a tese de doença preexistente como negativa do pagamento de seguro de vida individual, ou em grupo, quando a seguradora não exigiu a realização de exame prévio pelo segurado, embolsando o valor do prêmio, deixando de comprovar a manifesta má-fé do contratante."

Entretanto, no caso concreto, a análise minuciosa dos autos revela que a seguradora logrou êxito em demonstrar de forma cabal a existência de má-fé por parte do segurado, fato que, por si só, justifica a negativa da cobertura securitária.

Com efeito, conforme delineado no laudo médico pericial (perícia indireta) elaborado por perito nomeado pelo juízo (evento 128), consta expressamente que o **diagnóstico de mieloma múltiplo** (neoplasia hematológica maligna) foi estabelecido em 10 de junho de 2020, ou seja, **6 (seis) meses antes da contratação do seguro** - BB Seguro Vida Agricultura Familiar, que se deu em 10 de dezembro de 2020, por meio de carta de adesão, também juntada aos autos (Apólice 1 Certificado nº 7681952 Proposta nº 7738243 – evento 37, arquivo 14).

No referido termo de adesão, consta a assinatura de próprio punho e por extenso do Sr. Bento Almeida da Silva logo abaixo da seguinte declaração:

“Declaro que estou em boas condições de saúde e apto para exercer atividade laborativa, profissional, que não tenho e nunca tive Qualquer doença grave ou crônica, como: câncer, cardiológicas, neurológicas, pulmonares, do aparelho digestivo, infecto contagiosas, diabetes, renais ou vasculares, bem como outras cujo tratamento tenha exigido minha hospitalização, intervenções cirúrgicas, realização de biópsias e/ou ressonância magnética, uso contínuo de medicamentos, transfusão de sangue, radioterapia, quimioterapia e/ou que tenha me obrigado a fazer acompanhamento médico ou me afastar das atividades diárias habituais e profissionais por mais de 30 (trinta) dias.”

Todavia, tal declaração revela-se materialmente inverídica, dada a condição clínica prévia do segurado, plenamente documentada nos autos.

O laudo pericial, elaborado de maneira técnica e criteriosa, confirma que o mieloma múltiplo foi a causa primária do óbito, sendo a insuficiência renal aguda e o choque séptico meras complicações decorrentes do curso avançado da doença.

Reproduzo o excerto mais relevante da perícia (evento 128):

“(…)

Conforme os dados analisados nos autos, verificou-se que o falecimento do periciando, Bento Almeida da Silva, ocorrido em 1º de novembro de 2021, foi atribuído às seguintes causas, conforme descrito na certidão de óbito e nos documentos médicos anexados: choque séptico, insuficiência renal aguda e mieloma múltiplo. Este último, uma doença hematológica maligna, que foi diagnosticada em junho de 2020, após investigação clínica e laboratorial detalhada.

O histórico clínico evidencia que o periciando estava em tratamento ativo para o mieloma múltiplo, incluindo quimioterapia e acompanhamento oncológico. Em outubro de 2021, foi registrado um episódio de pneumonia, diagnosticado por meio de tomografia computadorizada (TC), que identificou broncopneumonia no lobo inferior esquerdo. Essa condição foi tratada, mas contribuiu para o agravamento do quadro imunossupressor já presente devido à doença de base.

O óbito ocorreu, decorrente de complicações do mieloma múltiplo, caracterizado por insuficiência renal aguda e choque séptico, condições frequentemente associadas ao curso avançado desta patologia. Não foram identificadas outras intercorrências nos registros

hospitales que pudessem modificar o nexo de causalidade entre a doença primária e o desfecho fatal.

Portanto, as informações presentes corroboram que o **mieloma múltiplo** foi a causa primária do óbito, sendo as demais condições citadas (choque séptico e insuficiência renal aguda) complicações diretas do estado clínico do periciando.

Noutro ponto, consta dos autos [pág. 293/303 do pdf] carta de adesão assinada em 10/12/2020, em que o de cujus declara estar em boas condições de saúde, apto para atividades laborais e profissionais, bem como que não possui doenças graves ou crônicas.

Todavia, as referidas declarações dispostas no termo de adesão alude, não se coadunam com a documentação médica anteriormente explicitada, posto que, resta incontroverso que o diagnóstico de Mieloma múltiplo ocorreu em 19/06/2020, e o contrato foi feito em 10/12/2020, com a assinatura do de cujus declarando não possuir patologia.

Desse modo, a doença a que fora acometido o de cujus é anterior à assinatura do contrato de seguro” (sublinhado nosso).

Com base na prova técnica produzida, afasta-se, por completo, a alegação defensiva do recorrido, segundo a qual o óbito adveio exclusivamente da infecção por COVID-19. Como já assentado, a pneumonia diagnosticada em outubro de 2021 representou apenas uma intercorrência clínica, que não rompeu o nexo etiológico entre a doença preexistente e o resultado morte, ocorrido em 01/11/2021.

É importante rememorar que o art. 766 do Código Civil prevê que:

“Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”

No mesmo sentido, confira acórdãos do Superior Tribunal de Justiça que reconhecem que a omissão intencional de enfermidade grave e de conhecimento do contratante afastam a obrigatoriedade de cobertura:

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO. **SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. MÁ-FÉ DO SEGURADO.** AGRAVO DESPROVIDO. I. Caso em exame 1. Agravo interno interposto contra decisão que negou provimento ao agravo em recurso especial, fundamentando-se na incidência das Súmulas n. 5, 7 e 83 do STJ, e na alegação de má-fé da segurada ao omitir doença preexistente. 2. **A decisão agravada reconheceu que, embora a Súmula n. 609 do STJ estabeleça a ilicitude da recusa de cobertura securitária sob alegação de doença preexistente sem a exigência de exames prévios, tal regra é excepcionada nos casos em que fica comprovada a má-fé do segurado.** 3. **O acórdão do Tribunal de origem concluiu, com base nas provas dos autos, que a segurada agiu com má-fé ao omitir sua condição de saúde, sendo diagnosticada com neoplasia de mama em 2012, sete anos antes da contratação do seguro.** II. Questão em discussão 4. A questão em discussão consiste em saber se a recusa de cobertura securitária por doença preexistente pode ser considerada lícita quando há comprovação de má-fé do segurado ao omitir informações relevantes sobre sua saúde. III. Razões de decidir 5. A decisão monocrática foi mantida, pois a alteração do entendimento do acórdão recorrido demandaria o reexame do conjunto fático-probatório e a análise de cláusulas contratuais, o que encontra óbice nas Súmulas n. 5 e 7 do STJ. 6. **O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência do STJ, que admite a recusa da cobertura em caso de má-fé comprovada, incidindo a Súmula n. 83 do STJ.** 7. Os argumentos dos agravantes não apresentaram fundamentação nova e apta a modificar a decisão monocrática, que se encontra alinhada à jurisprudência consolidada do STJ. IV. Dispositivo e tese 8. Agravo desprovido. Tese de julgamento: "1. **A recusa de cobertura securitária por doença preexistente é lícita quando há comprovação de má-fé do segurado.** 2. A alteração do entendimento do acórdão recorrido que reconhece má-fé do segurado demanda reexame de provas, vedado pelas Súmulas n. 5 e 7 do STJ". (STJ, AgInt no AREsp n. 2.603.814/MG, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 25/8/2025, DJEN de 28/8/2025.)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. **AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. INDENIZAÇÃO. DOENÇA PREEXISTENTE. COMPROVAÇÃO. MÁ-FÉ OBJETIVA RECONHECIDA PELO TRIBUNAL DE ORIGEM.** FALTA DE SIMILITUDE FÁTICA. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO COMPROVADO. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. O acórdão recorrido concluiu pela inaplicabilidade da Súmula n. 609 do STJ porque, de fato, não é lícito que a seguradora

negue a cobertura, sob alegação de doença preexistente, em contexto no qual a doença era desconhecida, e não foi formulada exigência de oferecimento de exames médicos; mas, como é no caso, **não cabe a cobertura securitária quando efetivamente demonstrado que o segurado, a despeito de ter pleno conhecimento da doença que o acometia e que, posteriormente, o levou ao óbito, não informou à seguradora, no momento do ajuste.** 2. (...). 3. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. 4. Agravo interno não provido. (STJ, AgInt no AREsp n. 2.133.323/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 28/4/2025, DJEN de 5/5/2025.)

Em igual sentido, confira acórdãos deste Tribunal de Justiça:

“EMENTA: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO. **CONTRATO DE SEGURO PRESTAMISTA. DOENÇA PREEXISTENTE. MÁ-FÉ DO SEGURADO. OMISSÃO DE INFORMAÇÃO RELEVANTE. RECUSA DE COBERTURA SECURITÁRIA.** RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em exame 1. Agravo interno interposto contra decisão monocrática que conheceu e desproveu recurso de apelação, mantendo a negativa de indenização securitária decorrente de seguro prestamista firmado em contrato de financiamento habitacional. A parte agravante sustentou ausência de má-fé, vício no documento de declaração de saúde e imposição da contratação do seguro. II. Questão em discussão 2. Há três questões em discussão: (i) verificar se a ausência de assinatura na declaração de saúde invalida o reconhecimento da má-fé do segurado; (ii) analisar se a contratação do seguro prestamista, sem exigência de exames médicos, afasta a recusa da cobertura por doença preexistente; e (iii) **apurar se houve omissão dolosa de informação clínica relevante apta a justificar a negativa de cobertura securitária.** III. Razões de decidir 3. A recusa de cobertura securitária por doença preexistente exige a comprovação de má-fé do segurado, quando não houver exigência de exames médicos prévios, conforme Súmula 609 do STJ e Súmula 14 do TJGO. 4. **Configura má-fé do segurado a omissão de doença grave diagnosticada e tratada anteriormente à contratação do seguro, especialmente quando há declaração pessoal de saúde com informações falsas ou incompletas.** 5. A ausência de assinatura específica na declaração de saúde não elide sua validade, quando o documento foi incorporado ao processo de contratação e contém dados fornecidos pelo próprio segurado,

como a menção à hipertensão arterial. 6. **A contratação do seguro como condição para o financiamento não afasta os deveres contratuais de boa-fé e veracidade das informações prestadas, nem impede a negativa de cobertura se comprovada omissão dolosa.** 7. **É legítima a recusa da seguradora ao pagamento da indenização securitária quando demonstrada a má-fé do segurado na ocultação de doença preexistente grave e determinante do óbito.** IV. Dispositivo e tese 8. Recurso conhecido e desprovido. Tese de julgamento: "1. A ausência de assinatura específica na declaração de saúde não afasta sua validade quando incorporada à contratação e preenchida com dados fornecidos pelo segurado." "2. **A recusa de cobertura securitária por doença preexistente é legítima se comprovada a má-fé do segurado, mesmo sem exigência de exames médicos prévios.**" "3. A omissão dolosa de doença grave em declaração de saúde configura violação ao princípio da boa-fé objetiva e legitima a negativa de cobertura pelo contrato de seguro." "4. A vinculação entre financiamento e seguro prestamista não impede a negativa de cobertura se descumpridas as obrigações contratuais pelo segurado." Dispositivos relevantes citados: CPC/2015, art. 1.021; CC/2002, art. 766. Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula nº 609; TJGO, Súmula nº 14; STJ, AgRg no REsp 1.215.413/MT; TJGO, Apelação Cível 5382836-17.2021.8.09.0095; TJGO, Apelação Cível 5388188-63.2017.8.09.0137. (TJGO, Agravo Interno na Apelação Cível nº 5682296-95.2023.8.09.0006, Rel. Dr. Élcio Vicente da Silva, 2ª Câmara Cível, Julgado em 07/07/2025).

EMENTA: (...) 2. “A exigência da realização de prévio exame médico para que a seguradora se oponha ao pagamento da indenização prevista na apólice de seguro, sob a alegação de doença preexistente, não se aplica nas hipóteses em que ficar comprovado que o contrato foi celebrado de má-fé pelo segurado.” (AgRg no REsp n. 1.215.413/MT). 3. Recurso conhecido e provido. (TJGO, Apelação Cível 5382836-17.2021.8.09.0095, Rel. Des(a). Desembargador Gerson Santana Cintra, 3ª Câmara Cível, julgado em 21/06/2023, DJe de 21/06/2023).

E, ainda:

Ação de cobrança – **Seguro prestamista vinculado a contrato de empréstimo** (capital de giro) – Morte do segurado – Pretensão à quitação do saldo devedor do financiamento contratado pelo de cujus por meio do pagamento da indenização do seguro - Sentença de procedência - Inadmissibilidade - **Prova no sentido da existência de doença preexistente não informada pelo segurado quando da contratação do seguro - Lícita a recusa da**

cobertura securitária, por configurada a má-fé do segurado ao omitir-se sobre a doença preexistente que o levou a óbito - Existência de nexos causal entre a doença preexistente e a causa mortis do segurado – Inteligência da Súmula 609 do STJ - Precedentes do STJ - Ausência de obrigação de pagamento de indenização securitária – Recurso dos réus provido. (TJ-SP - Apelação Cível: 1039663-07.2022.8.26.0506 Ribeirão Preto, Relator.: Francisco Giaquinto, Data de Julgamento: 12/04/2024, Data de Publicação: 12/04/2024)

No caso sub judice, a contratação/renovação do seguro ocorreu quando o segurado já estava diagnosticado e em tratamento oncológico ativo, tendo declarado falsamente estar em plena saúde. A ausência de exames médicos prévios, embora relevante, não se sobrepõe à má-fé contratual do aderente, devidamente comprovada.

Destarte, constatando-se a violação à boa-fé objetiva, à transparência contratual e ao dever de veracidade, torna-se legítima a recusa da seguradora em efetuar o pagamento da indenização pleiteada, porquanto caracterizada a ocorrência de risco excluído contratualmente, conforme cláusula 8.2 das Condições Gerais da Apólice (evento 37, arquivo 10).

Com efeito, a omissão deliberada e consciente do contratante, que deixou de informar à seguradora a existência de doença grave, de seu conhecimento prévio, compromete a confiança e a equidade da relação contratual.

Ante o exposto, **dou provimento à apelação** para reformar a sentença e julgar improcedente o pedido inicial.

Em razão da alteração do resultado do julgamento, inverte os ônus da sucumbência.

É o voto.

Goiânia, data da assinatura eletrônica.

Desembargador **RODRIGO DE SILVEIRA**

Relator

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos da Apelação Cível nº **5162455-70.2022.8.09.0051**.

Acorda o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, pela Terceira Turma Julgadora de sua Segunda Câmara Cível, à unanimidade de votos, em conhecer da Apelação Cível e dar-lhe provimento, nos termos do voto do Relator.

Presidente da sessão, Relator e Votantes nominados no extrato de ata de julgamento.

A Procuradoria-Geral de Justiça esteve representada pelo membro também indicado no extrato da ata.

(Datado e assinado em sistema próprio).

Desembargador **RODRIGO DE SILVEIRA**

Relator