



**ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

APELAÇÃO Nº 5025351-38.2024.8.24.0022/SC

RELATOR: DESEMBARGADOR SUBSTITUTO EDSON MARCOS DE MENDONCA

APELANTE: INGE ENDER MACIEL (AUTOR)

APELANTE: BANCO DO BRASIL S.A. (RÉU)

APELANTE: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS (RÉU)

APELADO: OS MESMOS

RELATÓRIO

Por retratar com fidelidade os atos processuais e para evitar tautologia, adoto o relatório da sentença (processo 5025351-38.2024.8.24.0022/SC, evento 49, SENT1):

INGE ENDER MACIEL, qualificada, ajuizou AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA, cumulada com REPETIÇÃO DE INDÉBITO e pedido de TUTELA ANTECIPADA contra BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS e BANCO DO BRASIL S.A. qualificados, visando a cobrança de seguro prestamista referente aos contratos de financiamentos agrícolas que Neri Maciel realizou para cobertura do débito em caso de morte. Informa que o Sr. Neri veio a óbito em 10/10/2022. Aduz que a concessão foi negada ao argumento de que “Em análise a sua documentação médica, foi constatado que a doença relacionada ao seu quadro clínico atual é anterior m contratação do seguro, fato não declarado na ocasião, o que implica na perda do direito m indenização e no cancelamento do seguro, nos termos das condições contratuais e do artigo 766 do Código Civil.”. Afirma que a justificativa não procede, uma vez que não foram solicitados exames para auferir a condição de saúde do segurado, que realizou transplante de fígado 10 (dez) anos antes de seu falecimento, e durante esse período sua vida continuou normalmente, trabalhando na sua propriedade junto com sua esposa e filhos. O contrato n. 4003264, firmado em 2012, com 10 (dez) parcelas anuais, sendo a última parcela com vencimento em 25/10/2022, com cobertura contratada no valor de R\$ 6.012,75 (seis mil, doze reais e setenta e cinco centavos), foi debitado na conta corrente do segurado, 15 (quinze) dias após o seu falecimento, sem qualquer autorização por parte dos herdeiros, caracterizando assim, cobrança indevida. Quanto ao contrato 4006634, o valor debitado em 2022, foi quase três vezes maior que o ano anterior; foi realizado débito automático do seguro no período em que ainda não havia vencido o prazo de um ano da contratação anterior; o valor estornou três vezes na conta corrente do segurado e não houve notificação prévia sobre o aumento do valor do prêmio do seguro, data da cobrança ou mesmo sobre a rescisão contratual. É devida a repetição do indébito, em dobro, da parcela que foi indevidamente debitada na conta corrente do segurado no valor de R\$ 5.453,28 (cinco mil, quatrocentos e cinquenta e três reais e vinte e oito centavos), após o seu falecimento, bem como da parcela quitada no ano de 2023. Requer a concessão de liminar para determinar a imediata suspensão da exigibilidade e do desconto das parcelas dos empréstimos vencidos e vincendos em nome do falecido Sr. Neri Maciel junto a requerida Banco do Brasil e que esta proceda a imediata exclusão do nome do Sr. Uillinkim Maciel de todos os cadastros pejorativos de créditos (SPC/SERASA), sob pena da incidência de uma multa diária. Pela inversão do ônus da prova. No mérito, seja julgada totalmente procedente a presente ação, para o fim de condenar a seguradora a pagar o valor dos seguros vinculados aos contratos n. 4003264, 4006082, 51721516 e. 4006634 inerentes ao saldo devedor dos financiamentos/empréstimos na data do óbito, qual seja, 10/10/2022, valor este a ser apurado em sede de liquidação de sentença, e determinar a restituição em dobro dos valores cobrados indevidamente após o óbito do segurado.

Citado, o réu Banco do Brasil afirma que atuou apenas como intermediário na relação contratual firmada entre a parte autora e a corrê Brasilseg Companhia de Seguros. Impugnou a justiça gratuita. Quando o seguro é cancelado antecipadamente, é devolvido apenas o valor correspondente ao período que não foi utilizado, de forma proporcional, não havendo se falar

5025351-38.2024.8.24.0022

8055948.V37



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

em restituição dos valores já pagos. Diante da recusa ao pagamento da mencionada indenização pela seguradora, os valores das parcelas do empréstimo realizado são totalmente devidos, já que não houve amortização. Inaplicável a inversão do ônus da prova. Pela improcedência.

A ré Brasilseg, citada, aduz, preliminarmente, que a autora não é beneficiária direta do seguro. Não há como destinar o pagamento integralmente ao Espólio, pois é o Banco do Brasil, com o qual o segurado celebrou contrato de crédito, o verdadeiro beneficiário do seguro. A autora não provou a quitação dos financiamentos vinculados aos referidos contratos. Inaplicável o CDC. Não houve a contratação de seguro prestamista para a Cédula Rural Pignoratícia nº 4006634. Houve apenas o seguro penhor rural obrigatório, que não possui cobertura para o evento/sinistro "morte". O sinistro não merece cobertura pelo fato de o segurado ser portador de doença preexistente que já era de seu conhecimento, omitindo tal informação à Seguradora quando da contratação do seguro. Mesmo sem a exigência de exame médico prévio pela seguradora, o conhecimento inequívoco do segurado quanto sua condição de saúde afasta o dever de indenizar da seguradora. Não há que se falar em devolução de parcelas de prêmio, ou mesmo das parcelas do financiamento à parte autora. Necessária perícia médica sobre os documentos. Pela improcedência. Havendo condenação, que esta observe os exatos termos do contrato de seguro prestamista.

Houve réplica.

Intimadas para a produção de provas, a ré Brasilseg pleiteou prova pericial médica indireta, prova documental suplementar e prova oral; a autora requereu a produção de prova testemunhal e documental. O réu Banco do Brasil se manifestou pelo julgamento antecipado do processo.

Sobreveio sentença, da lavra do eminente Juiz de Direito, Dr. **ELTON VITOR ZUQUELO**, da 1ª Vara Cível da Comarca de Curitiba, que julgou PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos deduzidos na petição inicial, nos seguintes termos (evento 49, SENT1):

Ante o exposto, ACOELHO PARCIALMENTE A PRETENSÃO AUTURAL para o fim de:

CONDENAR os réus, solidariamente, ao pagamento de indenização securitária nos valores de R\$ 6.012,75 (proposta 008295636), R\$ 51.045,68 (proposta 008510929) e R\$ 51.045,68 (proposta 008588236) em favor do 1º beneficiário constante nas apólices, FENABB - FEDERAÇÃO NACIONAL DAS AABB, até o valor do saldo devedor dos contratos de mútuo na data do óbito do mutuário. Se houver diferença positiva entre o saldo devedor e o capital segurado, a indenização será paga ao 2º beneficiário, a parte autora, conforme apólice;

CONDENAR os réus a restituir, de maneira simples, as parcelas de financiamento e prêmio relativas aos contratos acima mencionados, pagos pela autora a partir do falecimento de Neri Maciel (10/10/2022). Incide correção monetária pelo INPC a partir do desembolso.

REJEITO a pretensão no que diz respeito aos pedidos relacionados ao contrato 4006634.

Confirmando a tutela de urgência de evento 6, exceto quanto ao contrato 4006634.

Condeno os réus ao pagamento de 70% das custas judiciais e honorários advocatícios de 20% do valor da condenação. Pela sua sucumbência, condeno a parte autora ao pagamento de 30% das custas judiciais e honorários advocatícios de R\$2.000,00, suspensa a exigibilidade por ser beneficiária da justiça gratuita.

Ao trânsito em julgado, à contadoria e arquivar.



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Irresignadas, todas as partes (autora e rés) interpuseram recurso de apelação (evento 58, APELAÇÃO1; evento 61, APELAÇÃO1; evento 77, APELAÇÃO1).

Nas razões recursais, o réu BANCO DO BRASIL sustentou, em síntese, que (evento 77, APELAÇÃO1): a concessão da justiça gratuita é indevida diante da ausência de comprovação da hipossuficiência econômica da parte autora; o banco é parte ilegítima para figurar no polo passivo, por atuar como mero intermediário, sendo a responsabilidade exclusiva da seguradora; há ausência de interesse processual, pois não demonstrada pretensão resistida nem comprovação dos danos alegados; não estão presentes os requisitos para concessão ou manutenção da tutela de urgência, especialmente o perigo de dano; os contratos foram celebrados de forma válida, com ciência e anuência da contratante, devendo ser observados pelo princípio do *pacta sunt servanda*; a negativa de cobertura pela seguradora torna legítima a exigibilidade das parcelas do empréstimo; inexistente ato ilícito ou responsabilidade do banco, configurando exercício regular de direito; não há dano material indenizável imputável ao banco; é indevida a inversão do ônus da prova, cabendo à parte autora comprovar os fatos constitutivos de seu direito; os honorários e a sucumbência devem observar o princípio da causalidade; requer a reforma integral da sentença para julgar improcedente a ação.

A autora INGE ENDER MACIEL sustentou, em síntese, que (evento 61, APELAÇÃO1): a sentença deve ser reformada para reconhecer o direito à cobertura securitária do contrato nº 4006634, pois inexistiu comprovação de rescisão válida do seguro e houve cobrança de prêmio, demonstrando sua vigência; a ausência de notificação prévia acerca do inadimplemento impede o cancelamento da cobertura, nos termos da Súmula 616 do STJ; a negativa de indenização configura prática abusiva e viola a boa-fé objetiva e a função social do contrato; aplica-se o Código de Defesa do Consumidor à relação, diante da natureza de consumo e da vulnerabilidade da apelante; é cabível a inversão do ônus da prova, incumbindo às rés demonstrar a regularidade da rescisão e a inexistência de cobertura; estão presentes os requisitos para concessão de efeito suspensivo ao recurso, diante da probabilidade de provimento e do risco de dano grave; deve ser mantido o benefício da justiça gratuita por ausência de capacidade financeira; requer a condenação ao pagamento da indenização securitária relativa ao contrato e a reforma da sentença nos pontos impugnados.

Por sua vez, a ré BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS sustentou, em síntese, que (evento 77, APELAÇÃO1): a sentença é nula por cerceamento de defesa diante do indeferimento da produção de provas essenciais, sobretudo pericial e documental, necessárias à demonstração da condição de saúde do segurado e eventual má-fé; o julgamento antecipado da lide violou os princípios do contraditório e da ampla defesa; restou comprovado que o segurado possuía doença preexistente diretamente relacionada ao óbito, da qual tinha ciência antes da contratação do seguro; houve omissão intencional de informações relevantes no momento da contratação, caracterizando má-fé e ensejando a perda do direito à indenização, nos termos do art. 766 do Código Civil; a negativa securitária foi legítima, pois o risco decorrente de doença preexistente é excluído da cobertura contratual; inexistente obrigação da seguradora de realizar exames médicos prévios, sendo dever do proponente prestar informações verídicas; a sentença incorreu em erro material ao fixar valor indenizatório superior ao limite máximo previsto em apólice, devendo ser reduzido; é indevida a condenação da seguradora à restituição de parcelas de financiamento e de prêmios de seguro, por ausência de responsabilidade e por terem sido devidamente cobrados; os consectários legais devem ser ajustados conforme a Lei nº 14.905/2024, com aplicação de



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

IPCA e taxa SELIC; os honorários advocatícios devem ser reduzidos, observando-se os critérios de proporcionalidade; requer o reconhecimento da nulidade da sentença ou, subsidiariamente, sua reforma integral para julgar improcedentes os pedidos iniciais.

Nas contrarrazões, sustenta a parte recorrida BANCO DO BRASIL S.A., em síntese, que (evento 74, CONTRAZ2, evento 75, CONTRAZAP1 e evento 85, CONTRAZ2): não possui responsabilidade pela contratação do seguro, atuando como mero intermediário, sendo a seguradora a responsável; os contratos foram regularmente celebrados, com ciência e anuência da parte contratante; o seguro prestamista tem cobertura limitada aos riscos expressamente previstos; diante da negativa de cobertura pela seguradora, permanecem exigíveis as parcelas do financiamento; aplica-se o princípio pacta sunt servanda, impondo o cumprimento dos contratos; inexistente ato ilícito ou dano material atribuível ao banco; é indevida a indenização securitária quanto ao contrato discutido; não estão presentes os requisitos para inversão do ônus da prova; incumbe à parte autora comprovar os fatos constitutivos de seu direito; os ônus sucumbenciais devem observar o princípio da causalidade; há ilegitimidade passiva da instituição financeira, devendo eventual responsabilidade recair exclusivamente sobre a seguradora.

A BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS, nas contrarrazões, sustentou, em síntese, que (evento 76, CONTRAZAP1): não há cobertura securitária para o contrato nº 4006634, pois se trata de seguro de penhor rural, sem previsão para morte; a responsabilidade da seguradora limita-se aos riscos expressamente previstos na apólice; a negativa de indenização foi legítima, diante da ausência de cobertura contratual; o contrato deve ser interpretado restritivamente, vedada interpretação extensiva; inexistente ilicitude na recusa do pagamento; não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao caso, pois a atividade desenvolvida possui natureza empresarial; não está configurada relação de consumo, nem hipossuficiência técnica; é incabível a inversão do ônus da prova; não há demonstração de conduta ilícita apta a ensejar indenização.

Por sua vez, a autora INGE ENDER MACIEL defendeu nas contrarrazões, em síntese, que (evento 80, CONTRAZAP1): o banco possui legitimidade passiva por integrar a cadeia de fornecimento e atuar como intermediário e beneficiário do seguro; inexistente falta de interesse processual, pois a autora é beneficiária das apólices; a contratação do seguro ocorreu de forma vinculada ao crédito, caracterizando venda casada; houve falha no dever de informação e violação da boa-fé objetiva; a inversão do ônus da prova é cabível diante da hipossuficiência e verossimilhança das alegações; não houve cerceamento de defesa, sendo as provas suficientes; não restou comprovada má-fé do segurado ou omissão dolosa de doença preexistente; a seguradora assumiu o risco ao não exigir exames prévios; a negativa de cobertura é indevida, aplicando-se a Súmula 609 do STJ; deve ser reconhecida a responsabilidade solidária do banco e da seguradora pelos prejuízos suportados.

Vieram, então, os autos conclusos para julgamento.

VOTO

IMPUGNAÇÃO À CONCESSÃO DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

O art. 98 do CPC, por sua vez, assim dispõe: *"A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei."*

A norma constitucional e legal acima mencionada tem como objetivo viabilizar o acesso à justiça àqueles que não dispõem de recursos financeiros suficientes para litigar em Juízo.

Outrossim, o § 2º do artigo 99 do CPC, assim estatui: *"O juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos."*

Com efeito, a declaração unilateral de pobreza é meio de prova conferido pelo próprio legislador para o deferimento do benefício. Entretanto, a mera declaração não é suficiente, por si só, para o deferimento da benesse, de modo que é necessária, antes da rejeição do benefício, a intimação da parte interessada para apresentar elementos capazes de demonstrar as reais condições financeiras atuais.

Acerca do tema, deve-se observar a tese jurídica firmada no Tema 1178 do STJ, segundo a qual:

- i) É vedado o uso de critérios objetivos para o indeferimento imediato da gratuidade judiciária requerida por pessoa natural.*
- ii) Verificada a existência nos autos de elementos aptos a afastar a presunção de hipossuficiência econômica da pessoa natural, o juiz deverá determinar ao requerente a comprovação de sua condição, indicando de modo preciso as razões que justificam tal afastamento, nos termos do art. 99, § 2º, do CPC.*
- iii) Cumprida a diligência, a adoção de parâmetros objetivos pelo magistrado pode ser realizada em caráter meramente suplementar e desde que não sirva como fundamento exclusivo para o indeferimento do pedido de gratuidade.*

No caso concreto, sustenta o BANCO DO BRASIL que a gratuidade da justiça não deve ser concedida em favor da parte autora, em razão da ausência de comprovação dos requisitos legais.

Razão não lhe assiste.

Isso porque, para fins de demonstrar suas condições financeiras, a parte autora juntou documentos hábeis a comprovar que é agricultora familiar e auferir rendimentos do INSS no importe de dois salários mínimos, sendo um advindo de sua aposentadoria, e outro de pensão por morte do falecido marido. Além disso, apresentou gastos com medicamentos (evento 1, ANEXO5), no valor de aproximadamente R\$ 647,00.

Nesse contexto, imperioso salientar que a gratuidade da justiça visa assegurar o acesso à justiça de forma igualitária e, portanto, não é destinado exclusivamente às pessoas em situação de miséria absoluta, mas também àqueles com rendimentos médios que, ao arcar com as despesas processuais, poderiam comprometer o próprio sustento e do núcleo familiar.



ESTADO DE SANTA CATARINA TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Registre-se que os valores retratados nos contratos de financiamento celebrados pelo falecido esposo da autora, para fins de angariar recursos para a aquisição de bens, equipamentos e para o financiamento da safra agrícola, não servem, isoladamente, como fundamento para rechaçar a gratuidade da justiça, uma vez que a família exercia atividade no âmbito da agricultura familiar e os contratos firmados são próprios de pequenas propriedades rurais.

Outrossim, recaía sobre a parte recorrida o encargo processual de demonstrar que, diferentemente do que foi alegado, a parte recorrente ostenta rendimentos ou patrimônio suficiente para custear o pagamento das custas e despesas processuais e honorários advocatícios, ônus do qual não se desincumbiu.

Portanto, a rejeição da impugnação à concessão da gratuidade da justiça é medida de rigor.

ADMISSIBILIDADE

Os recursos preenchem os requisitos intrínsecos e extrínsecos de admissibilidade e foram interpostos no prazo legal, sendo que, em relação à parte ré, o preparo foi devidamente recolhido (evento 57, CUSTAS1 e evento 73, CUSTAS1), ao passo que a parte autora é beneficiária da gratuidade da justiça, conforme evento 6, DESPADEC1, **razão pela qual devem ser conhecidos.**

PRELIMINARES

Em observância à primazia do julgamento de mérito, deixo de examinar as demais questões preliminares suscitadas pelas rés, porquanto, conforme será doravante demonstrado, o julgamento do mérito lhes é favorável (art. 282, § 2º, c/c art. 488 do CPC),

MÉRITO

De início, necessário pontuar que a relação jurídica existente entre as partes rege-se pelo Código de Defesa do Consumidor, porquanto, ao ofertar suas atividades no mercado de consumo, isto é, no caso da BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS, ao ofertar e comercializar contratos de seguros e, no caso do BANCO DO BRASIL, ao realizar a intermediação da contratação de tais seguros, bem como realizar a contratação do seguro juntamente com a operação de crédito agrícola, passam, ambos, a serem considerados fornecedores, nos moldes do art. 3º do CDC, e a parte autora, suposta vítima de prejuízos em decorrência da recusa de cobertura securitária, assume o posto de consumidor.

A propósito:

[...] nas relações de consumo, confere-se o status de consumidor à pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final e de fornecedor a "toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços" (artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor). (Apelação Cível n. 5003937-54.2019.8.24.0023, Relator Desembargador Rubens Schulz, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 23.9.2021).



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Portanto, admite-se a aplicabilidade da legislação consumerista ao caso em tela e, conseqüentemente, a inversão do ônus da prova em prol da parte autora, até porque esta, na condição de consumidor, mostra-se em evidente hipossuficiência fática em relação à ré, que é uma empresa do ramo seguros e serviços bancários, principalmente em razão das questões técnicas que envolvem a temática abordada.

Todavia, o reconhecimento da possibilidade de incidência das regras previstas no CDC e a inversão do ônus da prova não são suficientes, por si só, para exigir o consumidor de demonstrar, ainda que minimamente, os fatos constitutivos de seu direito, conforme entendimento consolidado pelo egrégio TJSC na súmula 55: *"A inversão do ônus da prova não exige o consumidor de trazer aos autos indícios mínimos do direito alegado na inicial quando a prova lhe diga respeito."*

Na espécie, a parte autora era casada (evento 1, ANEXO7) com o falecido NERI MACIEL, que era agricultor e, para a obtenção de numerário para o custeio de safras e aquisição de implementos agrícolas, procurou os serviços bancários prestados pelo BANCO DO BRASIL, sendo que, por ocasião da contratação de tais serviços, também contratou seguros disponibilizados pela BRASILSEG.

É incontroverso, porquanto assim admitido na petição inicial, que a causa da morte do cônjuge da parte autora foi **INSUFICIÊNCIA RENAL - TRANSPLANTE DE FÍGADO**, informação que, aliás, consta claramente na certidão de óbito (falecimento ocorrido em 10/10/2022 - evento 1, ANEXO9):

CERTIDÃO DE ÓBITO			
NOME: NERI MACIEL			
CPF	310.053.149-34		
MATRÍCULA: 106260 01 55 2022 4 00003 107 0000551 91			
SEXO Masculino	COR branca	ESTADO CIVIL E IDADE casado - 65 anos	
NATURALIDADE Fraiburgo - SC	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO 590320 - SSP/SC	ELEITOR SIM	
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA SERGIO MACIEL e LINEZIA RIBEIRO MACIEL - Nucleo Triticola, SN, Interior, Frei Rogério - SC			
DATA E HORA DE FALECIMENTO Dez de outubro de dois mil e vinte e dois - 13:21		DIA 10	MÊS 10
LOCAL DE FALECIMENTO FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBANOS, à(em) Altino Gonçalves de Farias, bairro São Francisco, Curitiba-SC		ANO 2022	
CAUSA DA MORTE INSUFICIÊNCIA RENAL - TRANSPLANTE DE FÍGADO			
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido) Cemitério Nucleo Triticola, à(em) Nucleo Triticola, bairro Interior, Frei Rogério-SC		DECLARANTE LILIAN MACIEL FERREIRA	
NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO Helio Anjos Ortiz Junior de CRM nº 5792			
AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER Registro de óbito efetuado em: 13/10/2022.			

Na petição inicial, a parte autora admite (tratando-se, portanto, de fato incontroverso e que, por tal razão, dispensa a produção de outras espécies probatórias), que o transplante de fígado ocorreu dez anos antes do falecimento (evento 1, INIC1):

Neste ponto, é imprescindível ressaltar que, o Sr. Neri Maciel era cliente do Banco do Brasil há quase 30(trinta) anos, sempre pagou pontualmente todos os contratos, mesmo no período em que passou por um problema de saúde, que resultou sim em um transplante de fígado, não



ESTADO DE SANTA CATARINA TRIBUNAL DE JUSTIÇA

deixou de adimplir com todas suas responsabilidades. Ademais, o transplante de fígado ocorreu 10 (dez) anos antes de seu falecimento, e durante esse período sua vida continuou normalmente, trabalhando na sua propriedade junto com sua esposa e filhos. Ainda, o fato motivador de seu falecimento foi insuficiência renal, após ter ficado hospitalizado durante quase duas semanas no Hospital Hélio Anjos Ortiz, na cidade de Curitiba.

Na regulação do seguro, houve negativa de cobertura securitária, em razão da doença preexiste, que não foi informada pelo falecido por ocasião da contratação (evento 1, ANEXO12):

Data	Descrição
29/3/2023 - 9:47	*** ANÁLISE FINAL DO SINISTRO COMUNICADO *** 1) DADOS DOS SEGUROS: - PROPOSTA AB: 271089538 - INÍCIO DE VIGÊNCIA: 21/06/2022 - CAPITAL: R\$ 51045,88 - PRÊMIO: ADIMPLENTE - ENDOSSO: NÃO HÁ - RG DO SINISTRADO - LEGÍVEL: OK - CLIENTE BB. - CPF DO SINISTRADO - LEGÍVEL: OK - CLIENTE BB - COMPR DE ENDEREÇO - LEGÍVEL: OK - CLIENTE BB 2) DADOS DO EVENTO - DATA DO EVENTO: 10/10/2022 - DIAGNÓSTICO: MN - OCORRÊNCIA: INSUFICIÊNCIA RENAL, TRANSPLANTE DE FÍGADO - DIAS DE REGULAÇÃO: INFERIOR A 30 DIAS - SITUAÇÃO GRAVOSA / COAF: NÃO - BANCO DE DADOS DE PERDAS OPERACIONAIS/BDPO: * 3) PARECER FINAL DO ESPECIALISTA: EM LAUDO COMPLEMENTAR (DOC. AW000014) O MÉDICO ASSISTENTE INFORMA QUE O SEGURADO FOI TRANSPLANTADO EM 20/01/2012 E ERA PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES, SE MANTEVE EM ACOMPANHAMENTO ATÉ 2022
10/4/2023, 13:52	BB Sinistros (EVOLUINDO COM DIVERSAS COMPLICAÇÕES). O SEGURADO NÃO REUNIA CONDIÇÕES PARA INGRESSAR NO SEGURO. DO PONTO DE VISTA MÉDICO, O SINISTRO NÃO TEM COBERTURA. 4) PARECER ANÁLISE: EM ANÁLISE AOS DOCUMENTOS RECEPCIONADOS E COM BASE NA ANÁLISE MÉDICA, VERIFICAMOS QUE O SEGURADO ERA PORTADOR DE DOENÇA ANTES DA CONTRATAÇÃO, SENDO ASSIM ESTAMOS INDEFERINDO ESTE PROCESSO POR PREEXISTÊNCIA.
1/2/2023 - 9:02	SOLICITADO DÍVIDA BB. DESTA FORMA CONTATO NÃO REALIZADO E CAMPANHA ENCERRADA NO FOLLOW UP ATT JÉSSICA SILVA MOREIRA BORRASQUI FOLLOW UP/ACOLHIMENTO
6/1/2023 - 11:07	-> PARECER MÉDICO FOI FAVORAVÉL AO INDEFERIMENTO, INFORMANDO PREEXISTÊNCIA DESDE 20/01/2012, PORÉM O SEGURADO POSSUI UM HISTÓRICO DE CONTRATAÇÕES DESDE 2008, DESTA FORMA SOU FAVORAVÉL AO DEFERIMENTO E SOLICITO O SALDO DEVEDOR.
1/11/2022 - 15:20	3ª TENTATIVA DE CONTATO SEM SUCESSO NO TELEFONE 49 991985098 EM 01/11/2022 AS 15:02. TENTATIVAS DE CONTATO EXCEDIDAS, E-MAIL ENVIADO COM AS INFORMAÇÕES. ATT, MURILO RODRIGUES DE SOUZA ROCHA - ACOLHIMENTO/FOLLOW - UP
31/10/2022 - 8:57	2ª TENTATIVA CONTATO SEM SUCESSO, TENTATIVA FEITA NO NÚMERO 49 991985098 EM 31/10/2022 AS 08:56 ATT ANNE CAROLINE - FOLLOW UP/ACOLHIMENTO
	1 2

No relatório médico preenchido por ocasião da regulação do sinistro, também consta que a causa da morte foi insuficiência renal (evento 1, ANEXO15):



ESTADO DE SANTA CATARINA TRIBUNAL DE JUSTIÇA

BB SEGUROS

RELATÓRIO MÉDICO - MORTE

Sr(a). Médico(a): Solicitamos a gentileza de descrever de forma detalhada o diagnóstico das doenças do paciente.

Em caso de falta de espaço no formulário, poderá ser utilizado o verso ou folha anexa, com a indicação do paciente, idade e da referência ao item respondido do Relatório Médico.

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome: Neu Marcel
CPF: 31005314934

INFORMAÇÃO SOBRE A MORTE

Data do falecimento: _____ Causa da morte: Infarto
Desde quando acompanha o(a) paciente: 28/08/22
Informar a doença que provocou a morte: Infarto

Você acompanhou o tratamento do(a) paciente durante a doença que provocou o óbito?
☒ Sim ☐ Não

Se sim, desde quando? 28/08/22
 Informar o tempo de evolução da(s) doença(s) desde o 1º (primeiro) diagnóstico até o óbito.
Faleceu o paciente enquanto no período do tratamento.

Foi submetido a alguma cirurgia? ☐ Sim - Se sim, qual? Não

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:
 Hospital: _____
 Período: _____
 Diagnóstico: _____

Informar os exames realizados (iniciais e complementares), para a confirmação do diagnóstico (Biópsia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, etc.), assim como as datas e os resultados do primeiro exame e demais subsequentes (enviar cópia dos resultados dos exames desde o diagnóstico).
Em anexo.

Houve alguma outra causa que pode ter contribuído direta ou indiretamente para o evento? (hábitos, ocupação, comorbidades)? Especifique:
Não

A propósito do tema, o entendimento adotado por este egrégio TJSC e pelo colendo STJ é no sentido de que a cláusula automática de não pagamento da indenização por morte em decorrência de doença pré-existente apenas pode ser imposta ao consumidor **se houver exame clínico anterior à contratação, OU se for manifesta e provada a má-fé do contratante ao omitir o conhecimento do mal que o acomete.**

Este é o teor da súmula 609 do 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*".

Na espécie, não há prova nos autos de que a seguradora exigiu, por ocasião da contratação do seguro, a realização de exames, o que, em princípio, **consoante a primeira parte do enunciado sumular**, faria com que a negativa de cobertura securitária tivesse que ser declarada abusiva.

Todavia, a segunda parte da súmula 609 do STJ ressalva que, em caso de demonstração de má-fé do segurado, também pode ser reputada legítima a negativa de pagamento da cobertura do seguro.

No caso vertente, a existência de doença grave previamente à contratação do seguro é evidente.



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Isso porque é incontroverso que, o falecido sofreu transplante renal antes de dez anos antes do óbito, bem como que a causa da morte declarada, na certidão de óbito e também no relatório preenchido por ocasião da regulação do seguro, foi **insuficiência renal e transplante de fígado**.

Nesse contexto, não obstante as alegações da parte autora, no sentido de que, mesmo transplantado de fígado, o falecido exercia regularmente as suas atividades na agricultura, isso em absolutamente nada modifica a conclusão no sentido de que, por ocasião da contratação do seguro, não informou à seguradora condição de saúde grave e preexistente, qual seja, a existência de problemas renais, inclusive com a realização de um transplante de fígado.

Assim, resta evidente que a doença pré-existente resultou na morte do segurado, bem como que o segurado possuía pleno conhecimento prévio de sua condição de saúde.

Nesse contexto, deve ser completamente rechaçada a argumentação de que o segurado não foi questionado acerca de seu estado de saúde, haja vista o preenchimento da proposta com declaração de estar em perfeitas condições de saúde. Afora isso, por ocasião da adesão do falecido ao seguro de vida contratado quando da realização de operações bancárias, extrai-se que declarou estar em boas condições de saúde e que não possuía doença preexistente.

Conforme salientado na sentença, o falecido firmou quatro contratos de seguro, cujos dados podem ser assim resumidos:

Item	Modalidade	N. Proposta	Vigência	Capital Segurado	Prêmio
1	Seguro Vida Agricultura Familiar (evento 27, OUT8) (evento 1, ANEXO18)	008295636	26.11.2021 a 25.10.2022	R\$ 6.012,75	R\$ 53,18
2	Seguro Vida Agricultura Familiar (evento 27, OUT9) (evento 1, ANEXO19)	008510929	07.05.2022 a 07.05.2023	R\$ 23.406,36	R\$ 227,04
3	Seguro Vida Agricultura Familiar (evento 27, OUT8, evento 27, OUT7 e evento 27, OUT10) (evento 1, ANEXO17)	008588236	22.06.2022 a 21.06.2023	R\$ 51.045,68	R\$ 493,76
4	Seguro de Penhor Rural (evento 27, OUT11)	020545094	15/09/2024 a 15/09/2025	R\$ 248.168,80	R\$ 3.722,53

Nas cláusulas gerais do contrato de Seguro de Vida Agricultura Familiar, assim consta acerca de doenças e lesões preexistentes (evento 27, OUT12, Página 19):

***Doenças e Lesões Preexistentes** Doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta de Adesão. É caracterizada pela omissão do diagnóstico e do tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.*

Nas condições gerais do Seguro de Vida Agricultura Familiar, consta, expressamente, as hipóteses de **RISCOS EXCLUÍDOS**, dentre os quais figuram, justamente, as lesões ou doenças preexistentes (evento 27, OUT12, Página 6):



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

c) De lesões ou doenças preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do segurado ou que o obrigue a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e que não tenham sido declaradas na proposta de seguro;

A carta de adesão às propostas de contratação de seguro foram devidamente subscritas pelo falecido, oportunidade na qual declarou que estava em boas condições de saúde, bem como não declarou a existência de grave doença renal preexistente.

É o que demonstram os documentos juntados no evento 27, OUT7:

Pagina: 3
Continuacao da CARTA DE ADESÃO AO BB SEGURO VIDA AGRICULTURA FAMILIAR, emitida por NERI MACIEL, em 22/06/2022

poderei(emos) obter o documento físico sempre que solicitado.

DADOS DO SEGURO:
Agência: CURITIBANOS-SC N° Operação: 051.721.516
Modalidade do Capital Segurado: Capital Fixo
Capital Segurado: R\$51.045,68
Prêmio: R\$493,76 Corretagem: 25%
Vencimento da Operação de Crédito: 21/06/2023
Vigência do Seguro: 22/06/2022 a 21/06/2023
Vigência do Seguro: a partir das 24 horas da data de início da operação até o término da operação de crédito rural.

DADOS DO(S) MUTUÁRIO(S):
Nome do Mutuário: NERI MACIEL
Sexo: M Data de Nascimento: 27.07.1957
Capital Segurado: R\$51.045,68
Percentual Participação (%) no Capital Segurado: 100

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, intervenção cirúrgica, 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 afastamento das atividades diárias habituais e profissionais por mais de 30 (trinta) dias.

Ass: Neri Maciel
CPF: 310.053.149-34

Av. das Nações Unidas 11711, Brooklin, SP - CEP 04578-000 -
Cód. Seguradora 6785 - Processo SUSEP 15414.002269/2004-78.
A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
A BB Corretora de Seguros e Administradora de Bens S.A. (BB Corretora), subsidiária integral da BB Seguridade Participações S.A., atua com exclusividade na distribuição de seguros no canal Banco do Brasil, sendo que a empresa emissora dos seguros dos ramos elementares, vida, prestamista, vida produtor rural, habitacional, agrícola, penhor rural, residencial, empresarial e massificados
- continua na pagina 4 -

Neri Maciel

A declaração pessoal de saúde também consta nos documentos juntados nos evento 27, OUT8:

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Declaro que estou apto para exercer atividade laborativa, profissional, que estou em boas condições de saúde, que não tenho atualmente e nunca tive qualquer doença grave ou crônica, tais como: câncer, cardiológicas, neurológicas, pulmonares, do aparelho digestivo, infecto contagiosas, diabetes, renais ou vasculares, bem como quaisquer doenças 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: **SIM**



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Idêntica declaração de saúde consta no documento juntado no evento 27,
OUT9:

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Declaro que estou apto para exercer atividade laborativa, profissional, que estou em boas condições de saúde, que não tenho atualmente e nunca tive qualquer doença grave ou crônica, tais como: câncer, cardiológicas, neurológicas, pulmonares, do aparelho digestivo, infecto contagiosas, diabetes, renais ou vasculares, bem como quaisquer doenças 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: **SIM**

A sentença, que foi, em parte, favorável à parte autora, apoiou-se na premissa segundo a qual não haveria prova que indicasse que a parte ré exigiu exames clínicos previamente à contratação e que também não haveria indícios de que o segurado agiu de má-fé. Além disso, consignou que a declaração de saúde seria genérica e que seria improvável que o contratante tenha sido advertido das consequências que a subscrição do referido documento poderia resultar. Ainda, consignou que o transplante ocorreu dez anos antes da contratação.

Todavia, o entendimento manifestado na sentença não deve prevalecer.

Primeiro porque, somente a partir do exame dos fatos confessados e incontroversos no processo, já é possível concluir que o segurado omitiu a declaração de que possuía grave doença e peculiar condição de transplantado preexistente.

A alegação de que o segurado não foi informado acerca das consequências advindas da contratação ou então que a declaração de saúde era genérica, não obstante as normas do CDC, não devem prevalecer, porquanto, na compreensão deste Relator, mesmo as condições gerais legalmente estabelecidas para cada modalidade de contratação devem ser observadas.

A alegação contida na petição inicial, no sentido de que *"Não foi requerido ao segurado qualquer informação relativa a doenças que o mesmo sofria ou tratamentos que fazia"*, não deve prevalecer e também não altera a conclusão alcançada. Afinal, conforme os ditames da boa-fé objetiva, mesmo em caso envolvendo relações de consumo, deve o consumidor também agir de modo a prestar informações relevantes à negociação, a exemplo daquela referente ao seu estado de saúde e envolvendo a realização de transplante renal, ainda que anos antes.

Ademais, a documentação na qual foram declaradas as condições de saúde, em que pese ter sido preenchido de forma mecânica, estão escritos de forma clara, bem como, em um deles, possuem a assinatura do segurado, o que demonstra que ele tinha plena compreensão das declarações ali prestadas.

Quanto aos documentos em relação aos quais somente consta a versão digitalizada, mesmo em relação a eles, não há como ser reconhecida qualquer nulidade ou abusividade, porquanto não há dúvidas de que o falecido contratou as coberturas quando da realização dos financiamentos agrícolas, tampouco de que foi ele quem prestou as informações referentes ao seu estado de saúde.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Ademais, os documentos médicos anexados ao procedimento de regulação de sinistro dizem respeito a fatos havidos após a contratação do seguro e antes do falecimento do segurado, de modo que nada demonstram acerca da cientificação da seguradora acerca da condição de saúde do segurado, mormente em relação ao transplante renal.

Assim, possível concluir que o segurado agiu com má-fé no momento de contratação do seguro, uma vez que, claramente, ocultou informação absolutamente relevante acerca de seu estado de saúde e que foi causa determinante da morte.

Acerca do tema, assim preconiza o art. 765 do Código Civil (vigente ao tempo da contratação): **"O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes"**.

O art. 766 do Código Civil, também conforme a redação vigente ao tempo da contratação, estabelece a perda do direito à garantia contratada, em caso de prestação de declarações inexatas ou em caso de omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta:

"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."

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio."

Em caso semelhante, assim já decidiu esta egrégia Corte de Justiça:

CIVIL - SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA - OMISSÃO NA PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES PELO SEGURADO - DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - CAUSA DA MORTE - PROPÓSITO DE FRAUDAR CONTRATO - MÁ-FÉ - INDENIZAÇÃO INDEVIDA - EXEGESE DOS ARTS. 765 E 766 DO CÓDIGO CIVIL 1 A Corte da Cidadania sedimentou o entendimento de que é indevido o pagamento de indenização decorrente de contrato de seguro de vida se constatado que a parte segurada, ao firmar o ajuste, agiu com o propósito deliberado de fraudar o contrato, sonegando informações relevantes acerca de seu estado de saúde (AgRg no REsp 1003302/SP, Min. João Otávio de Noronha). 2 O contratante incorre em manifesta ofensa ao princípio da boa-fé contratual, quando evidenciado que omitiu dados e informações a seu respeito, dos quais possuía conhecimento de longa data, que poderiam influenciar na negativa da seguradora ou majoração do prêmio. Agrava-se a situação se o sinistro (morte) decorre dessas doenças pré-existentes. Afasta-se, assim o dever da seguradora em indenizar. (TJSC, ApCiv 5001563-66.2023.8.24.0042, 5ª Câmara de Direito Civil, Relator para Acórdão LUIZ CÉZAR MEDEIROS, julgado em 20/02/2024)

Portanto, a reforma da sentença, para o afastamento do dever de indenizar da seguradora, em relação aos seguros de vida contratados pelo falecido, é medida de rigor.

Em relação ao recurso interposto pela parte autora, verifica-se que a insurgência guardava relação com o afastamento dos pedidos inicialmente deduzidos em relação ao contrato de seguro n. 4006634, sob o fundamento de existência de cobertura, que o seguro estava vigente e que houve cobrança do prêmio.



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Todavia, neste ponto, como corretamente reconheceu o Juízo singular na sentença, o seguro em questão tratava de SEGURO DE PENHOR RURAL (evento 27, OUT11), contratado juntamente com um financiamento obtido para aquisição de um trator agrícola, conforme contrato juntado no evento 27, OUT23, evento 27, OUT24, evento 27, OUT25 e evento 27, OUT26, firmado em 23/08/2021.

Segundo as condições gerais do seguro de penhor rural, o objeto do seguro em discussão é (evento 27, OUT13):

"Este seguro tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento da indenização, em caso de evento coberto ocorrido na vigência do seguro, até o Limite Máximo de Indenização (LMI) contratado por cobertura, em razão das perdas e/ou danos causados aos bens segurados dados em garantia em operações de crédito rural, especificados na Apólice e/ou Certificado Individual do Seguro, diretamente relacionados às atividades agrícola, pecuária, aquícola ou florestal, observada a cobertura contratada, os riscos expressamente excluídos e as demais disposições contratuais do seguro."

A cobertura contratada foi a COBERTURA BÁSICA AMPLA é assim definida:

1. COBERTURA BÁSICA AMPLA PENHOR 1.1. Garante os danos materiais causados exclusivamente aos bens dados em garantia de crédito rural, segundo a sua natureza, sendo os riscos cobertos para Benfeitorias, Produtos Agropecuários Colhidos e Estocados:

a) Incêndio (inclusive Queimada em Zona Rural); b) Raio (dentro do terreno segurado); c) Explosão; d) Danos Elétricos; e) Impacto de Veículos Terrestres de qualquer espécie; f) Queda/Impacto de Aeronave; g) Vendaval, ciclone, furacão, tornado, granizo e fumaça; h) Chuva excessiva; i) Tromba d'água; j) Tremores de terra decorrentes de causas naturais, devidamente identificados por autoridade competente; k) Greve, Tumulto e Locaute; l) Alagamento e Inundação; e m) Desmoronamento total ou parcial.

[...]

1.3. Para Máquinas, Implementos autopropulsores ou rebocáveis, veículos e Equipamentos Portáteis, além das coberturas do item 1.1., estão cobertos os seguintes riscos: a) Desmoronamento total ou parcial do galpão onde o bem encontra-se guardado; b) Colisão, abalroamento, capotagem, tombamento ou acidente de causa externa; c) Roubo ou furto qualificado; d) Despesa com transporte do bem segurado do local do acidente para a oficina de reparos mecânicos. 1.3.1. Entende-se por Acidentes de Causa Externa: eventos súbitos e imprevistos de origem externa ao bem segurado.

Com efeito, destinando-se o seguro em questão a resguardar o bom objeto da garantia (trator), e não havendo previsão de cobertura em caso de morte do segurado (agricultor que adquiriu o implemento agrícola), afiguram-se irrelevantes os argumentos invocados pela parte autora, a respeito da regularidade do pagamento do prêmio e da contratação, uma vez que não é devida a cobertura securitária em tal hipótese.

Além disso, não se vislumbra, na espécie, qualquer indício de má-fé por parte da instituição financeira ou da seguradora, tampouco de violação ao dever de informação (CDC, art. 6º, III, c/c art. 46).

Isso porque o segurado, ao firmar a cédula de crédito rural destinada à aquisição do trator agrícola, aderiu, de forma livre e consciente, ao seguro de penhor rural vinculado à operação de crédito, cujas condições gerais delimitam, de maneira clara, objetiva e ostensiva,



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

o objeto da garantia e o rol taxativo de riscos cobertos, todos relacionados a danos materiais ao bem dado em garantia, e não à pessoa do contratante.

A própria natureza do contrato evidencia que a finalidade do seguro de penhor rural consiste em resguardar o credor fiduciário quanto à integridade física do bem oferecido em garantia, viabilizando a satisfação do crédito em caso de perecimento ou avaria do objeto vinculado ao financiamento. Não se trata, portanto, de seguro de vida, de seguro prestamista ou de seguro por invalidez, modalidades estas que demandariam contratação autônoma e específica, mediante pagamento de prêmio diverso e submissão a condições próprias de avaliação do risco.

Nesse contexto, o falecimento do segurado, conquanto evento de inegável repercussão pessoal e patrimonial para a família, não se subsume a nenhuma das hipóteses elencadas nas cláusulas 1.1 e 1.3 das condições gerais, razão pela qual a recusa da cobertura, longe de configurar conduta abusiva, decorre da estrita observância dos limites contratualmente avençados.

Para corroborar, em caso semelhante, assim já decidiu este egrégio TJSC:

*APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO. PENHOR RURAL VINCULADO À CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MÁQUINAS E IMPLEMENTOS AGRÍCOLAS. MORTE DO SEGURADO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. RECURSO DOS RÉUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA, FALTA DE INTERESSE DE AGIR E AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO PRÉVIO. ANÁLISE IRRELEVANTE. DECISÃO DE MÉRITO FAVORÁVEL. PRINCÍPIO DA PRIMAZIA DO JULGAMENTO DO MÉRITO A TEOR DOS ARTIGOS 282, § 2º E 488, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MÉRITO. PRETENSO AFASTAMENTO DO DEVER DE INDENIZAR. SUBSISTÊNCIA. **AUSÊNCIA DE COBERTURA NO CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO. APÓLICE QUE TINHA COMO OBJETIVO RESGUARDAR O BEM DADO COMO GARANTIA AO EMPRÉSTIMO RURAL.** CONJUNTO FÁTICO PROBATÓRIO DOS AUTOS QUE DEMONSTRA QUE O SEGURADO FOI CIENTIFICADO DE FORMA ADEQUADA SOBRE OS RISCOS CONTRATADOS. VIOLAÇÃO AO DIREITO DE INFORMAÇÃO DO CONSUMIDOR NÃO CONSTATADA. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA DOS RISCOS CONTRATADOS. INCIDÊNCIA DO ART. 757 DO CÓDIGO CIVIL QUE NÃO IMPLICA EM OFENSA AOS ARTS. 4, CAPUT, 6º, III C/C 46 DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. RECURSOS CONHECIDOS E PROVIDOS. (TJSC, ApCiv 0301243-34.2018.8.24.0032, 2ª Câmara de Direito Civil, Relator para Acórdão RUBENS SCHULZ, D.E. 14/06/2021)*

Portanto, a manutenção da sentença de improcedência, também em relação ao contrato de seguro de penhor rural, é medida de rigor.

Diante da integral improcedência dos pedidos deduzidos na petição inicial, mostra-se prescindível prescrutar acerca das demais questões suscitadas pelas partes, as quais restam integralmente prejudicadas.

ÔNUS SUCUMBENCIAIS NA ORIGEM

Na sentença, os encargos sucumbenciais foram assim estabelecidos (Evento 49):

Condeno os réus ao pagamento de 70% das custas judiciais e honorários advocatícios de 20% do valor da condenação. Pela sua sucumbência, condeno a parte autora ao pagamento de 30% das custas judiciais e honorários advocatícios de R\$2.000,00, suspensa a exigibilidade



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

por ser beneficiária da justiça gratuita.

Porém, neste julgamento recursal, o reclamo dos réus está sendo provido para reformar a sentença em sua integralidade, **razão pela qual se afigura cabível promover a redistribuição dos ônus sucumbenciais.**

Acerca dos critérios para a fixação de honorários advocatícios de sucumbência, deve-se observar a tese jurídica vinculada fixada no Tema 1076 do STJ:

"i) A fixação dos honorários por apreciação equitativa não é permitida quando os valores da condenação, da causa ou o proveito econômico da demanda forem elevados. É obrigatória nesses casos a observância dos percentuais previstos nos §§ 2º ou 3º do artigo 85 do CPC - a depender da presença da Fazenda Pública na lide -, os quais serão subsequentemente calculados sobre o valor: (a) da condenação; ou (b) do proveito econômico obtido; ou (c) do valor atualizado da causa. ii) Apenas se admite arbitramento de honorários por equidade quando, havendo ou não condenação: (a) o proveito econômico obtido pelo vencedor for inestimável ou irrisório; ou (b) o valor da causa for muito baixo."

Portanto, a parte autora deve ser condenada ao pagamento de custas processuais e despesas processuais, bem como honorários advocatícios em favor dos procuradores da parte ré, no importe de em 10% sobre o valor atualizado (segundo o índice aplicado pela CGJSC) da causa (este fixado em R\$ 219.679,08 - evento 1, INIC1), sendo metade para cada grupo de procuradores dos integrantes do polo passivo.

A exigibilidade de tais obrigações deverá permanecer **SUSPENSA**, em razão da manutenção, em favor da parte autora, da gratuidade da justiça.

HONORÁRIOS RECURSAIS

A tese jurídica do Tema 1.059/STJ foi fixada nos seguintes termos: *"A majoração dos honorários de sucumbência prevista no artigo 85, parágrafo 11, do CPC pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente. Não se aplica o artigo 85, parágrafo 11, do CPC em caso de provimento total ou parcial do recurso, ainda que mínima a alteração do resultado do julgamento ou limitada a consectários da condenação"*.

Além disso, para o STJ também é necessário que tenha havido prévia fixação da verba honorária na origem: *"Os honorários recursais não têm autonomia nem existência independente da sucumbência fixada na origem e representam um acréscimo (o CPC/2015 fala em "majoração") ao ônus estabelecido previamente, motivo pelo qual, na hipótese de descabimento ou na de ausência de fixação anterior, não haverá falar em honorários recursais"* (REsp n. 2.188.992/MG, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 19/5/2025, DJEN de 23/5/2025).

Portanto, em relação ao reclamo interposto pela parte autora, diante da sucumbência recursal, os honorários advocatícios de sucumbência devem ser majorados em 2% do valor atualizado (segundo o índice aplicado pela CGJSC) da causa, perfazendo o total de 12%, nos termos do art. 85, §§ 2º e 11, do CPC, sendo metade para cada grupo de procuradores das partes integrantes do polo passivo.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Em relação aos recursos interpostos pela parte ré, ambas, não há fixação de honorários advocatícios de sucumbência em sede recursal, uma vez quea inexistente a fixação da verba na origem.

PROVIDÊNCIAS FINAIS

Certificado o trânsito em julgado, remetam-se os autos à origem para adoção das demais providências cabíveis, ressalvando-se que eventual petição referente à expedição de alvará para liberação de valores depositados em conta judicial vinculada aos autos e(ou) a prática de medidas constitutivas patrimoniais serão examinadas pelo Juízo competente para o(a) cumprimento de sentença/execução.

CONCLUSÃO

À vista do exposto, voto no sentido de: a) **CONHECER e NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto pela parte autora; b) **CONHECER e DAR PROVIMENTO** aos recursos interpostos pela parte ré, a fim de reformar a sentença e julgar integralmente **IMPROCEDENTES** os pedidos deduzidos na petição inicial (art. 487, inciso I, do CPC), na forma da fundamentação.

Documento eletrônico assinado por **EDSON MARCOS DE MENDONCA, Desembargador Substituto**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <https://eproc2g.tjsc.jus.br/eproc/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **8055948v37** e do código CRC **c6ef0b61**.

Informações adicionais da assinatura:
Signatário (a): EDSON MARCOS DE MENDONCA
Data e Hora: 06/08/2026, às 15:04:47

5025351-38.2024.8.24.0022

8055948.V37