



APELAÇÃO Nº 0004484-96.2011.814.0005

APELANTE: INVESTPREV – SEGUROS E PREVIDÊNCIA
ADVOGADO: ANDRE RODRIGUES CHAVES
APELADO: ARLETE BARROS DAVID
ADVOGADO: JOSE CARLOS JORGE MELEM
RELATOR: DES. RICARDO FERREIRA NUNES

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE FAZER. A SEGURADORA NÃO PODE SE EXIMIR DO DEVER DE INDENIZAR ALEGANDO OMISSÃO DE INFORMAÇÕES POR PARTE DO SEGURADO ACERCA DE DOENÇAS PREEXISTENTES. ENTENDIMENTO FIRMADO NO STJ. A SEGURADORA DEVE SUPORTAR OS RISCOS DO NEGÓCIO. DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO, À UNANIMIDADE.

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores que integram a 4ª Câmara Cível Isolada do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade de votos, em conhecer da Apelação Cível, porém negar-lhe provimento, pelos fatos e fundamentos constantes do voto.

Esta sessão foi presidida pelo Exmo. Sr. Des. José Maria Teixeira do Rosário.

Sala das Sessões do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, ao décimo sétimo dia do mês de outubro de 2016.

RICARDO FERREIRA NUNES
Desembargador Relator

PROCESSO: 0004484-96.2011.814.0005
SECRETARIA DA 4ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA
RECURSO: APELAÇÃO CÍVEL
APELANTE: INVESTPREV – SEGUROS E PREVIDÊNCIA
ADVOGADO: ANDRE RODRIGUES CHAVES
APELADO: ARLETE BARROS DAVID
ADVOGADO: JOSE CARLOS JORGE MELEM
RELATOR: DES. RICARDO FERREIRA NUNES

RELATÓRIO

Tratam os autos de RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL interposto por INVESTPREV – SEGUROS E PREVIDÊNCIA de sentença proferida pelo Juízo da 4ª Vara Cível da Comarca de Altamira nos autos de Ação Declaratória de Fazer c/c pedido de tutela antecipada, esta proposta por Arlete Barros David em desfavor do apelante.

Narra a apelada em sua inicial que é viúva do Sr. Francisco da Silva David, o qual faleceu no dia 08.06.2011, sendo que referido senhor contratou seguro de vida com a apelante no valor de R\$15.000,00 (quinze mil reais).



Prossegue afirmando que a seguradora apelante negou o pagamento da indenização do seguro sob o argumento de que o segurado faleceu em decorrência de doença preexistente, sendo esta razão para o ingresso da ação, postulando, inclusive em sede de tutela antecipada, o pagamento do seguro.

Com a inicial vieram acostados os documentos de fls. 16/21.

Ao apreciar a peça preambular, o magistrado de piso concedeu tutela antecipada requerida (fls. 23/24), determinando que a seguradora efetuassem o pagamento da contraprestação referente ao seguro de vida aos beneficiários elencados no contrato. Tal decisão foi desafiada através de recurso de Agravo de Instrumento, conforme se verifica da comunicação da interposição do recurso ao juízo a quo de fl.29 (cópia) e fl. 71 (original), a qual se fez acompanhar das razões recursais, conforme se verifica às fls. 34/45 (cópia) e fls. 76/87 (original).

Tal recurso foi distribuído a minha relatoria, tendo votado pelo provimento do mesmo com a cassação da antecipatória concedida, tendo em vista que a decisão recorrida esgotou todo objeto da demanda, o que foi acompanhado à unanimidade pelos demais membros da 4ª Câmara Cível Isolada.

O requerido apresentou contestação em cópia e original (fls. 48/66 e 89/107), alegando preliminarmente a carência da ação em razão da ilegitimidade ativa exclusiva da autora. No mérito, defendeu a existência de fundada razão para negativa do pagamento da indenização securitária, pois o segurado faleceu em razão de doença preexistente à época da contratação do seguro e que o mesmo tinha conhecimento da doença e omitiu intencionalmente. Sustentou também que a seguradora demandada não teria o dever de realizar prévia avaliação para aceitar o segurado. Por fim, postulou a reconsideração da decisão que concedeu a tutela antecipada.

Com referida peça de defesa foram acostadas as documentais de fls. 108/279.

Instada a se manifestar sobre a contestação, a ora recorrida interpôs réplica (fls. 281/282), refutando os principais os argumentos manejados pela defesa.

Consta às fls. 284 petitório da parte autora requerendo a inclusão no polo ativos dos demais beneficiários constantes na apólice de seguro, o que foi deferido pelo juízo, conforme se verifica às fls. 330/331. Nesta decisão, o juízo singular determinou a abertura de novo prazo para apresentação de contestação em razão da inclusão dos demais herdeiros no polo ativo da demanda, o que foi cumprido pela seguradora, consoante se observa às fls. 334/344 (fax), 347/357 (e-mail) e 359/370 (original). Nesta nova contestação foram reproduzidos os mesmos argumentos utilizados quando da apresentação da primeira peça de defesa.

Instados, os ora recorridos apresentaram réplica (fls. 376/382) contrapondo as alegações articuladas na contestação.

Consta às fls. 387/388 audiência preliminar do antigo art. 331 do CPC/73, na qual foram fixados os pontos controvertidos da lide, foi deferida a produção de prova oral, bem como a realização de perícia médica indireta para análise dos prontuários de internação e exames.

O perito judicial acostou o laudo às fls. 396. Conclusos os autos ao juízo, este determinou a intimação dos assistentes técnicos para se manifestarem



acerca do laudo pericial.

Às fls. 429/431 consta termo de audiência de instrução de julgamento, na qual foram ouvidas as partes, bem como inquiridas as testemunhas arroladas pelas partes, tendo o juízo a quo, nesta oportunidade, declarado a desnecessidade de serem produzidas mais provas e, por conta disso, determinou a conclusão dos autos para prolação de sentença, oportunizando às partes a apresentação de memoriais finais, tendo as mesmas apresentado tal documentação, consoante se observa às fls. 449/453 e 456/457.

Em seguida, o juízo singular proferiu sentença (fls. 461/465) nos seguintes termos:

ISTO POSTO, julgo procedente o pedido inicial para condenar a requerida a cumprir integralmente o contrato de fls. 126/127, devendo pagar aos requerentes, de uma única vez, tanto o valor do pecúlio quanto o valor da pensão, sendo que, quanto ao valor da pensão, este deverá multiplicado pela quantidade de meses devido, no máximo 60 vezes, por ocasião da liquidação da sentença, com correção monetária a partir da data do falecimento do contratante, além de juros de um por cento ao mês a partir da data da citação. Condeno ainda a demandada ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios em favor do patrono dos autores, o qual arbitro em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, observados os parâmetros do artigo 20, §3º, do CPC. Transitada em julgado, providências necessárias.

Inconformada, seguradora apresentou o presente Recurso de Apelação aduzindo, no mérito, que o ex-participante Francisco da Silva David era portador da doença que o vitimou (hipertensão arterial sistêmica) desde quando da contratação do seguro. Sustentou também que as testemunhas inquiridas confirmaram que a hipertensão arterial sistêmica é a principal causa do AVC, bem como que o ex-segurado omitiu intencionalmente a doença no momento da contratação do seguro, agindo, portanto, de má-fé.

Ao final, pleiteou o conhecimento e provimento do apelo para, reformar in totum a decisão de primeiro grau, julgando totalmente improcedente a demanda com a inversão do ônus sucumbenciais.

Certificada a tempestividade do apelo pelo secretário de primeiro grau às fls. 497.

O magistrado recebeu apenas no efeito devolutivo (fl. 503).

Os Recorridos apresentaram contrarrazões, refutando todas as alegações da Apelante e solicitando a manutenção da decisão de primeiro grau em todos os seus termos (fls. 505/507).

Coube-me o feito por prevenção.

Após, vieram-me conclusos os autos.

É o relatório.

À Secretaria da 4ª CCI para as providências previstas nos arts. 931 e 934 do CPC/15.

VOTO

Analisando os pressupostos de admissibilidade inerentes ao presente Recurso de apelação, verifico estarem preenchidos e, portanto, apto ao seu conhecimento, motivo pelo qual conheço do presente apelo e passo a apreciá-lo.

Observo inexistir questões preliminares a serem debatidas no presente



recurso de apelação, passando, dessa maneira, ao mérito do recurso.

O cerne do inconformismo recursal consiste em apurar a causa mortis do Sr. Francisco da Silva David, bem como se a doença que o vitimou era preexistente à contratação do seguro e se o ex-segurado detinha pleno conhecimento da patologia que o levou a óbito, omitindo-a intencionalmente da apelante.

Entendo ser caso de desprovimento do apelo. Explico.

Consta nos autos, na fl. 126, que o Sr. Francisco da Silva David contratou em 01.08.2008 com a apelante o seguro de vida, proposta nº 116930, cujos beneficiários seriam sua esposa e filhos, ora recorridos. Há ainda às fls. 18 e 268, respectivamente, certidão de óbito e declaração de óbito, as quais informam que referido senhor faleceu de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, decorrente de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Pois bem. Embora conste tal informação nos documentos acima mencionados, no decorrer da instrução processual, conclui-se pela não confirmação de que o finado segurado tenha morrido em decorrência de hipertensão arterial sistêmica, pois segundo testemunhas da seguradora inquiridas pelo juízo a quo não se poderia afirmar que o AVC sofrido pelo Sr. Francisco tenha sido em virtude da hipertensão, conforme se verifica dos trechos abaixo transcritos:

Depoimento do Sr. Joel Monteiro de Jesus (fls. 430), um dos médicos que atendeu o ex-segurado quando da sua entrada na emergência do Hospital Regional Público da Transamazônica: (...) que o depoente explica, que em virtude da rapidez da evolução do AVC do paciente, e, em virtude da rapidez com que veio à óbito não foi feita a investigação clínica e a realização de exames complementares que concluísse que a hipertensão foi a doença que gerou o AVC de Francisco da Silva David; que o AVC de Francisco da Silva David pode ter sido consequência de outras doenças ou fatores diferentes da hipertensão, tais como hemofilia, ruptura de aneurisma cerebral (...); que o depoente reafirma que não é possível afirmar que a hipertensão foi a causa da morte de Francisco da Silva David

Já do depoimento do Sr. Mário Cesar Pulcheiro Franco Neto (fl.430) extrai-se: (...) que o AVC que vitimou Francisco da Silva David não pode ser atribuído à hipertensão, pois a evolução do quadro clínico do paciente foi muito rápida (...) que o úniconexo causal direito provocador da morte de Francisco da Silva David foi o AVC; que não é possível dizer que hipertensão possui nexode causa direta com a morte de Francisco da Silva David.

Portanto, de acordo com as testemunhas, médicos especialistas, não é possível constatar que a hipertensão arterial sistêmica tenha sido a causa da morte do ex-segurado, tendo constado na certidão de óbito como uma das razões da morte porque tal doença foi identificada durante o atendimento do paciente na emergência e não tinha como precisar o que, de fato, causou o AVC (fls. 430 e 431).

Ora, mesmo que se admitisse a existência dessa doença antes da contratação da apólice, seria necessário que a apelante, para eximir-se do pagamento da indenização, comprovasse que o segurado agiu com a intenção enriquecer ilicitamente as suas custas, o que não ocorreu no caso em tela.



Quanto a este ponto a jurisprudência do STJ vem entendendo que: a exclusão da doença preexistente da cobertura securitária depende da prova da má-fé do segurado ao não informar à seguradora sobre tal circunstância no momento da contratação" (AGA- STJ 396.472-MG, rel. Min. Nancy Andrighi).

Sabe-se que há previsão expressa da observância do princípio da boa-fé nos contratos de seguro, nos termos do art. 765 do Código Civil:

Art. 765. 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.

Dessa forma, caso não tivesse agido com boa-fé o segurado perderia o direito à indenização securitária se omitisse circunstâncias que pudessem influenciar na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio. Contudo, as declarações omissas devem ser realizadas de má-fé pelo segurado, cabendo a seguradora tal prova. Lembro que a boa-fé é sempre presumida, enquanto que a má-fé necessita ser provada de forma contundente e sem resquício de dúvidas. In casu, verifico que a seguradora apelante não se desincumbiu do seu dever de comprovar, de forma inequívoca, a má-fé do finado segurado no momento da contratação do seguro, pois, analisando as documentais, verifico que não há como assegurar se o mesmo tinha conhecimento de ser portador de hipertensão arterial sistêmica, ante a inexistência nos autos de qualquer documento médico que comprove tal situação, tendo em vista que todas as informações sobre o estado de saúde do ex-segurado são de datas posteriores à internação na emergência do Hospital Regional Público da Transamazônica, como bem afirmou o juízo a quo em sua sentença.

Ademais, não se pode considerar o documento de fl. 128, intitulado de Análise Médica (prova da morte), como prova de ciência do de cujus de conhecer previamente ser portador da moléstia, como quer fazer a recorrente, pois neste mesmo documento afirma categoricamente que o falecido não tinha conhecimento da doença que o vitimou. Além disso, concordo com o afirmado na sentença a respeito da hipertensão arterial, a qual reconhece que a hipertensão arterial é uma doença assintomática, silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjoos e falta de ar. Esta falta de sintomas específicos pode fazer com que o paciente não tenha diagnóstico da doença, a não ser após submeter-se a exames específicos, como a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

Diante do que foi posto, coerente admitir que o falecido desconhecia ser portador de hipertensão arterial sistêmica.

Ademais, consoante entendimento jurisprudencial firmado no STJ, a seguradora não pode se eximir do dever de indenizar alegando, para tanto, a omissão de informações por parte do segurado acerca de doenças preexistentes à contratação quando não exigir a apresentação de exames clínicos ou quando não provar, de forma inequívoca, a má-fé do segurado no momento da contratação. Vejamos:

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE



SEGURO DE VIDA EM GRUPO. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS. INEXISTÊNCIA DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. DANO MORAL. PEDIDO DE REDUÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. REVISÃO QUE SE ADMITE TÃO SOMENTE NOS CASOS EM QUE O VALOR SE APRESENTAR IRRISÓRIO OU EXORBITANTE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Consoante entendimento pacificado nesta eg. Corte, tem-se que a seguradora não pode eximir-se do pagamento da indenização securitária, sob a alegação de doença preexistente, se não exigiu a realização de exames médicos previamente à contratação ou não comprovar a má-fé do segurado. Precedentes.

2. No caso, o eg. Tribunal de origem entendeu que a seguradora não comprovou a existência de má-fé do segurado. Para alterar essa conclusão, necessário seria o reexame do conjunto fático-probatório, o que atrai a incidência da Súmula 7 desta Corte.

3. O entendimento deste Sodalício é pacífico no sentido de que o valor estabelecido pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no caso em tela. Isso, porque o valor da indenização por danos morais, arbitrado em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), não é exorbitante nem desproporcional às peculiaridades do caso concreto em que o dano moral decorreu da negativa de cumprimento do contrato de seguro de vida em grupo.

4. Agravo regimental a que se nega provimento."

(AgRg no AREsp 818.609/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 04/02/2016, DJe 22/02/2016)

Na situação em análise, é inequívoco que a seguradora não exigiu da segurada a apresentação de exames clínicos quando da celebração do seguro, motivo pelo qual não pode a recorrente deixar de cumprir o contrato baseada em incertezas e suposições, pois deveria ter adotado as cautelas necessárias no momento da contratação e, como não fez, deve suportar os riscos do negócio.

Como se observa, a tese do Recorrente encontra obstáculo na lei e na jurisprudência firmada no STJ, razão pela qual deve cumprir com a sua parte, ou seja, efetuar o pagamento da indenização securitária.

Com tais considerações, CONHEÇO do presente recurso de Apelação, porém, NEGO-LHE provimento, mantendo a sentença de piso inalterada.

É o voto.

Belém, 17.10.16.

Des. Ricardo Ferreira Nunes

Relator