



Número: **0854002-26.2019.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **24/05/2022**

Valor da causa: **R\$ 134.000,00**

Processo referência: **0854002-26.2019.8.14.0301**

Assuntos: **Seguro, Direito de Imagem**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNA CRISTINA DA SILVA (APELANTE)		JOAO ASSUNCAO DOS SANTOS (ADVOGADO)	
BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS (APELADO)		MAURICIO MARQUES DOMINGUES (ADVOGADO)	
BANCO DO BRASIL SEGUROS (APELADO)		GUILHERME PEREIRA DOLABELLA BICALHO (ADVOGADO) EDVALDO COSTA BARRETO JUNIOR (ADVOGADO) SERVIO TULIO DE BARCELOS (ADVOGADO) JOSE ARNALDO JANSSEN NOGUEIRA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
13380096	28/03/2023 15:31	Acórdão	Acórdão
13353255	28/03/2023 15:31	Relatório	Relatório
13353256	28/03/2023 15:31	Voto do Magistrado	Voto
13353253	28/03/2023 15:31	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0854002-26.2019.8.14.0301

APELANTE: EDNA CRISTINA DA SILVA

APELADO: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS, BANCO DO BRASIL SEGUROS

RELATOR(A): Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EMENTA

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA CUMULADO COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA – MÉRITO: RECUSA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO - ALEGAÇÃO DE OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE – AUSÊNCIA DE CIÊNCIA DA DOENÇA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO – NÃO COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO – AUSÊNCIA DE EXIGÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES POR PARTE DAS SEGURADORAS – OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NA SÚMULA 609 DO STJ- - ILÍCITO DEMONSTRADO – FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – DANO MORAL CONFIGURADO – PROCEDÊNCIA - SENTENÇA TOTALMENTE REFORMADA - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1-Preliminar de Ilegitimidade Passiva:

1.1-O entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico.

1.2-Assim, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, §1º, do CDC, razão pela qual



rejeito a preliminar suscitada.

1.3-Preliminar rejeitada.

2-Mérito:

2.1-O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da indenização securitária por morte, tendo a mesma sido indeferida sob a alegação de omissão de doença preexistente por ocasião da celebração da contratação do seguro.

2.2- No presente caso, pelo que se depreende do prontuário médico do segurado, fornecido pela Prefeitura Municipal de Belém/Pa (ID Nº. 9536195), o exame de HIV somente fora realizado no dia 01/04/2019, momento segundo o qual se verifica efetivamente que o segurado tomou ciência de que era portador do vírus da imunodeficiência humana causadora da AIDS.

2.3-Nesse sentido, resta cristalino que a quando da contratação do seguro, isto é, 21/01/2019, o segurado não possuía conhecimento da doença, inexistindo nos autos qualquer prova que afirme ciência da doença preexistente que causou a morte no momento que firmou o referido negócio jurídico, fato que afasta qualquer alegação de omissão maliciosa e, por conseguinte, a configuração de má-fé do segurado.

2.4- Ressalta-se, seguindo a esteira de raciocínio da Súmula nº. 609 do STJ, que as rés, ora apeladas, não se desincumbiram de demonstrar que no momento da contratação do seguro houve a exigência de exames médicos prévios a fim de atestar alguma doença, mostrando-se, portanto, ilícita a recusa da cobertura securitária.

2.5-Desta feita, perfeitamente cabível a indenização securitária pleiteada, tendo a parte autora cumprido todos os requisitos ensejadores para a sua concessão, devendo a sentença ora vergastada ser reformada a fim de condenar a rés solidariamente ao pagamento da indenização do seguro de vida no valor de R\$35.000 (trinta e cinco mil reais), devidamente atualizado.

2.6-No que concerne ao pagamento de indenização por dano moral, observa-se que o pagamento constante da apólice contratada não foi realizado de forma ilícita, conforme acima demonstrado, o que configura falha na prestação do serviço, sendo certo que as rés, ora apeladas não se desincumbiram de demonstrar excludente de sua responsabilidade ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.

2.7-Ademais, no presente caso, é dispensada a comprovação do real abalo sofrido, por tratar-se de dano *in re ipsa*, não sendo necessária a apresentação de provas robustas que demonstrem a ofensa moral da pessoa. O próprio fato já configura o dano.

2.8-Desta forma, não há como rechaçar a ocorrência da prática de ato ilícito, por parte das requeridas e do seu dever de indenizar. Neste caso, o ato praticado violou disposições do art. 5º, inciso X da Constituição Federal e arts. 186, 187, 927, 944, do Código Civil e art. 14, do Código de Defesa do Consumidor, ensejando a reparação civil, devendo também a sentença ora vergastada, nesta parte, ser reformada para julgar procedente o pleito de indenização por dano moral.

2.9- No que concerne ao quantum, fixo o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), devidamente atualizado, a título de danos morais, sendo certo que tal importância



atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, restando equivalente aos demais casos análogos e entendimentos firmados pela Jurisprudência Pátria.

3-Recurso conhecido e provido, para reformar in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, julgando a demanda totalmente procedente, a fim de condenar as rés, solidariamente, ao pagamento da indenização securitária prevista no contrato no valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais), valor este que deverá ser corrigido pelo INPC a partir do sinistro e acrescido de juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês a contar da citação, condenando as requeridas, ainda, ao pagamento de indenização por dano moral, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com correção monetária desde a data do arbitramento e juros de 1% (hum por cento) ao mês desde a citação. Em razão da total procedência da demanda, inverte-se o ônus sucumbencial, condenando as rés também ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §2º do CPC.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de recurso de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante EDNA CRISTINA DA SILVA e apeladas BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS E BANCO DO BRASIL S/A.

Acordam Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

RELATÓRIO

RELATÓRIO



Tratam os presentes autos de recurso de APELAÇÃO interposto por EDNA CRISTINA DA SILVA inconformada com a Sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa que, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, julgou improcedente o pedido autoral, condenando a requerente ao pagamento de custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor atribuído à causa, suspendendo, entretanto, sua exigibilidade, em razão do deferimento da gratuidade, tendo como ora apelados BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS E BANCO DO BRASIL S/A.

A autora, ora apelado, ajuizou a presente demanda alegando, em síntese, que era mãe do segurado, o qual veio a falecer no dia 03/04/2019, vítima de SEPTICEMIA E COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS DE AIDS, conforme se faz prova com o atestado de óbito em anexo.

Aduziu que o “de cujus”, quando em vida, celebrou contrato de seguro de vida para o caso de morte natural, por meio da Apólice nº 250590112, que previa o pagamento, em caso de morte natural, da quantia de R\$35.000,00 (trinta e cinco mil reais), para a única beneficiária, ora recorrente, tendo seu pedido de indenização sido negado sob a alegação de que a doença vitimou o segurado teria sido omitida por ocasião da celebração da contratação do seguro, o que teria influenciado na aceitação do risco, com ofensa da legislação pertinente à matéria, requerendo, portanto, o pagamento da indenização securitária e danos morais.

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (ID Nº. 9536239), que julgou totalmente improcedente a pretensão veiculada na exordial.

Inconformada, **EDNA CRISTINA DA SILVA** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 9536243), alegando que o “de cujus” realizou vários exames laboratoriais e nunca foi constatado ser portador de nenhuma doença grave, como a AIDS, salientando que por ocasião da contratação do seguro (21/01/2019), o “de cujus” realmente marcou a opção “não” ser portador de doença pré-existente, tendo em vista que não tinha conhecimento de tal fato.

Ressalta que devido a gravidade dos sintomas enfrentados (confusão mental, delírios, dificuldades para andar, dor cervical de irradiação difusa), na data (01/04/2019), foi internado na UPA-Sacramenta e foram realizados vários exames laboratoriais no mesmo, onde foi descoberto que o mesmo era portador do vírus do HIV, vindo a falecer no dia 03/04/2019, por insuficiência respiratória aguda e sepse.

Sustenta que o “de cujus” não tinha conhecimento de ser portador de qualquer doença grave pré-existente ao celebrar o contrato de seguro de vida com as Apeladas, motivo pelo qual não pode ter sido considerado como omissor da doença que o levou ao óbito, devendo a sentença ora vergastada ser totalmente reformada, com a procedência da demanda e o deferimento dos pleitos da peça exordial.



Em relação aos danos morais, salienta que está devidamente comprovado o abalo em seu for íntimo, moral e financeiro, devendo também ser julgado procedente tal pleito indenizatório, requerendo o provimento do recurso, a fim de que a sentença seja totalmente reformada.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 9536247), **BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS (atual denominação social da COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL)** refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, ressaltando que o segurado, ao contrário da declaração pessoal de saúde, tinha pleno conhecimento de ser portador da doença que levou a óbito, pugnando pela manutenção da sentença guerreada em todos os seus termos.

Também em sede de contrarrazões (ID Nº. 9536249), **BANCO DO BRASIL S/A** sustenta, preliminarmente, a impossibilidade de concessão dos benefícios da justiça gratuita em favor da autora, bem como sua ilegitimidade passiva para compor o polo passivo da demanda, salientando que é mero intermediário entre o consumidor e a seguradora.

No mérito, refuta todos os argumentos trazidos, salientando que não houve falha na prestação de serviço, pugnando pela manutenção da sentença ora vergastada.

É o Relatório.

VOTO

VOTO

Avaliados os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelo apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

Prima facie, convém esclarecer que a matéria relativa à concessão da justiça gratuita encontra-se preclusa, posto que o Juízo, em despacho inicial (ID Nº. 9536207), deferiu regularmente a justiça gratuita em favor da autora, não tendo havido contra tal decisum qualquer impugnação ou recurso.

Passo a análise da preliminar de ilegitimidade passiva, suscitada por Banco do Brasil S/A.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO BANCO DO BRASIL S/A:

Alega a BANCO DO BRASIL S/A sua ilegitimidade passiva para compor a lide, salientando que o contrato de seguro objeto da presente demanda foi firmado apenas com a Brasilseg Companhia de Seguros, afirmando ser esta a responsável pelo seguro e a apólice em



questão.

Analisando detidamente os autos, observa-se que, de fato, a pessoa jurídica responsável pela apólice do seguro de vida contratado é a apelada Brasilseg Companhia de Seguros, entretanto, tal fato por si só não importa na ilegitimidade passiva do Banco do Brasil S/A ou afasta eventual responsabilidade solidária entre as sociedades demandadas nos autos.

Assim, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, §1º, do CDC.

Além disso, a responsabilidade dos fornecedores de serviços, em regime de grupo econômico e empresarial, é solidária, conforme dispõe o art. 7º, parágrafo único, do CDC, sem olvidar que na hipótese em apreço incide a teoria da aparência, fundamentada nos Arts. 30 e 34, do CDC, haja vista que as empresas requeridas utilizam a mesma logomarca de identificação possuindo denominação social semelhantes, induzindo ao consumidor não apenas a aparência de serem a mesma pessoa jurídica, mas também constituir um único grupo em trabalho conjunto.

A esse respeito, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico.

Em casos semelhantes, colhe-se os seguintes julgados:

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DE CONSULTAS. ABUSIVIDADE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. AFASTADA. APLICAÇÃO DO CDC. TEORIA DA APARÊNCIA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. SENTENÇA MANTIDA. 1. Apelação interposta por operadora de saúde contra sentença que julgou procedente o pedido inicial para determinar que as requeridas autorizem as sessões de psicoterapia enquanto prescritas pelo profissional médico, reconhecendo a nulidade da cláusula que impõe o limite anual de consultas. 1.1. Em seu apelo, a primeira requerida se limita a suscitar sua ilegitimidade passiva. Afirma não possuir relação jurídica com o autor ou o contrato de seguro saúde impugnado, tampouco intermediou a contratação, possuindo sede e CNPJ diferente da seguradora que emitiu o seguro. Sustenta que o "único ponto comum em relação à denominação social da operadora de saúde que a autora elegeu para figurar no polo passivo é a expressão ALLIANZ?". 2. No caso, a pessoa jurídica que figura no contrato de assistência à saúde difere da empresa ora apelante. Todavia, tal fato por si só não importa em sua ilegitimidade passiva ou afasta eventual responsabilidade solidária entre as sociedades demandadas nos autos. 2.1. Isso porque, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço



oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, § 1º, do CDC. 2.2. Além disso, a responsabilidade dos fornecedores de serviços, em regime de grupo econômico e empresarial, é solidária, conforme dispõe o art. 7º, parágrafo único, do CDC, sem olvidar que na hipótese em apreço incide a teoria da aparência, fundamentada nos Arts. 30 e 34, do CDC, haja vista que as empresas requeridas utilizam a mesma logomarca de identificação (Allianz) possuindo denominação social semelhantes, induzindo ao consumidor não apenas a aparência de serem a mesma pessoa jurídica, mas também constituir um único grupo em trabalho conjunto. 3. A esse respeito, o entendimento do STJ, acompanhado pelo TJDFT, é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico. 3.1. Precedente em caso semelhante: ?A conduta da Unimed, de, no momento da contratação do plano de saúde, convencer de que se trata de um sistema único de cooperativas com atuação em todo o território nacional, e depois alegar a independência das unidades cooperativadas e a distinção de personalidade jurídica para eximir-se de eventual responsabilidade, frustra a confiança depositada pelo consumidor no negócio jurídico celebrado.? (STJ, 3ª Turma, REsp 1627881/TO, rel. Min. Nancy Andrighi, DJe de 15/09/2017) 4. Apelação não provida. (TJ-DF 07185612720218070001 DF 0718561-27.2021.8.07.0001, Relator: JOÃO EGMONT, Data de Julgamento: 23/02/2022, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 14/03/2022 . Pág.: Sem Página Cadastrada.)

“LEGITIMIDADE PASSIVA. SISTEMA UNIMED. BOA-FÉ OBJETIVA. TEORIA DA APARÊNCIA. [...] 3. A integração do Sistema Unimed é evidenciada pelo uso do mesmo nome - "Unimed" - e por um logotipo comum , de maneira a dificultar a fixação das responsabilidades e a área de atuação ou abrangência de cobertura de cada uma das unidades, singularmente considerada. Por isso, é grande a possibilidade de confusão do consumidor no momento da contratação dos planos de saúde oferecidos pelas cooperativas que compõem o Sistema Unimed. 5. A conduta da Unimed, de, no momento da contratação do plano de saúde, convencer de que se trata de um sistema único de cooperativas com atuação em todo o território nacional, e depois alegar a independência das unidades cooperativadas e a distinção de personalidade jurídica para eximir-se de eventual 6. responsabilidade, frustra a confiança depositada pelo consumidor no negócio jurídico celebrado. À luz da teoria da aparência, é reconhecida a legitimidade passiva da recorrida.” REsp 1627881/TO, rel. Min. Nancy Andrighi, DJe de 15/09/2017)



“UNIMED. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. SISTEMA ÚNICO. CONGLOMERADO. [...] 3. Em que pese alguma controvérsia remanescente, a questão da legitimidade da UNIMED tem ensejado, do Superior Tribunal de Justiça e deste TJDFT, o entendimento de que há responsabilidade de saúde que integram o complexo Unimed do Brasil, solidária entre as diversas cooperativas que possuam personalidades jurídicas e bases geográficas distintas, por força da teoria da aparência aos consumidores e por integrarem um Sistema UNIMED único.” ainda (TJDFT, 2ª Turma Cível, 07023294520188070000, rel. Des. Cesar Loyola, DJe de 14/06/2018)

Desta feita, tendo em vista que o Código de Defesa do Consumidor prevê a responsabilização solidária de todos que participam da relação de consumo, aliado a aplicação da teoria da aparência, **rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva do Banco do Brasil S/A.**

MÉRITO

O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da indenização securitária por morte, tendo a mesma sido indeferida sob a alegação de omissão de doença preexistente por ocasião da celebração da contratação do seguro.

Ab initio, convém salientar que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável ao caso em exame, tanto pela relação de consumo existente entre as partes, quanto pelo caráter de adesão próprio dos contratos de seguro.

No caso em questão, observa-se restar incontroverso a contratação do seguro de vida denominado BB Seguro Vida Completo, representado pela proposta 44.287.997, apólice n.º 938017, com vigência de 21/01/2019 a 21/01/2024, bem como que a causa da morte do segurado foi septicemia e complicações infecciosas de aids, cingindo-se a presente análise ao fato de eventual irregularidade acerca da contratação do seguro de vida decorrente de suposta omissão de doença preexistente.

Analisando detidamente o contrato firmado entre as partes (ID N.º. 9536185), observa-se que no momento da contratação (21/01/2019), em resposta ao questionário da “Declaração Pessoal de Saúde”, o segurado afirmou não possuir doença preexistente que o tivesse obrigado a ter acompanhamento médico, realizar exames e fazer uso rotineiro de medicamentos. O juízo de 1º grau entendeu que pelo fato da morte do segurado (03/04/2019) ter ocorrido apenas três meses do início da vigência do contrato (21/01/2019) era possível aferir que o segurado já estava doente ao tempo da contratação e que tinha pleno conhecimento de sua moléstia, tendo, de má-fé, omitido tal fato por ocasião da contratação, o que afastaria o direito de



receber a indenização securitária.

Oportuno salientar que nos termos dos arts. 765 e 766, todos do CC, a boa-fé objetiva conta com cláusula específica no âmbito do contrato de seguro, restando saber se, no caso em comento, teria havido efetivamente uma omissão maliciosa na declaração de saúde.

Vejamos os dispositivos acima mencionados:

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.

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.

Acerca do tema, ressalta-se que a súmula 609 do STJ assim preleciona:

"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"

No presente caso, pelo que se depreende do prontuário médico do segurado, fornecido pela Prefeitura Municipal de Belém/Pa (ID N°. 9536195), o exame de HIV somente fora realizado no dia 01/04/2019, momento segundo o qual se verifica efetivamente que o segurado tomou ciência de que era portador do vírus da imunodeficiência humana causadora da AIDS.

Nesse sentido, resta cristalino que a quando da contratação do seguro, isto é, 21/01/2019, o segurado não possuía conhecimento da doença, inexistindo nos autos qualquer prova que afirme ciência da doença preexistente que causou a morte no momento que firmou o referido negócio jurídico, fato que afasta qualquer alegação de omissão maliciosa e, por conseguinte, a configuração de má-fé do segurado.

Ressalta-se, seguindo a esteira de raciocínio dos dispositivos acima citados e da referida Súmula n°. 609 do STJ, que as rés, ora apeladas, não se desincumbiram de demonstrar que no momento da contratação do seguro houve a exigência de exames médicos prévios a fim de atestar alguma doença, mostrando-se, portanto, ilícita a recusa da cobertura securitária.

Frisa-se: a seguradora, ao não exigir exame de saúde prévio, assume o risco da ocorrência do sinistro por doença preexistente não informada pelo segurado, sendo cabível a recusa de cobertura tão somente na hipótese de comprovada má-fé do segurado, o que conforme dito acima, também não restou comprovado.



A respeito do assunto, colaciono Jurisprudência Pátria:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERIDA. 1. Inexiste nulidade por cerceamento de defesa quando o julgamento antecipado da lide decorre, justamente, do entendimento do Juízo a quo de que o feito encontra-se devidamente instruído pelos documentos trazidos pelas partes. Precedentes. 1.1. O acolhimento do inconformismo recursal, no sentido de se aferir a suficiência das provas constantes dos autos, bem como analisar a existência do apontado cerceamento de defesa implicaria no revolvimento de todo o contexto fático-probatório, providência que esbarra no óbice da Súmula 7 desta Corte. 2. **De acordo com a jurisprudência desta Corte, consolidada no enunciado sumular de n. 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.** 2.1. Derruir as conclusões do Tribunal local acerca da inexistência de má-fé por parte do segurado demandaria reanálise do acervo probatório. Incidência da Súmula 7/STJ. 3. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp 1.641.645/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 31/08/2020, DJe 09/09/2020)

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO PRESTAMISTA. **DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO INFORMADA PELO SEGURADO. OCORRÊNCIA DO SINISTRO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. DISTINÇÃO ENTRE TRATAMENTO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE PREVISIBILIDADE DO ÓBITO NO CURSO DO CONTRATO DE MÚTUO. ILICITUDE DA RECUSA DE COBERTURA PELA SEGURADORA. APLICAÇÃO DO ENUNCIADO DA SÚMULA 609/STJ. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR.** 1. Controvérsia acerca da recusa de cobertura de seguro prestamista na hipótese em que o segurado faleceu três meses após a contratação, tendo sido apontada como 'causa mortis' doença preexistente (miocardiopatia dilatada) não informada na declaração de saúde. 2. Caso concreto em que o quesito da declaração de saúde indagava acerca da submissão a tratamento médico nos três anos anteriores à contratação, tendo sido respondido negativamente pelo segurado. 3. **Ausência de comprovação de inveracidade da informação prestada pelo segurado, pois o quesito indagava acerca de doença em tratamento nos últimos três anos, não**



sobre toda e qualquer doença preexistente. 4. Ausência também de prova de que o segurado estivesse em tratamento no momento da contratação, sendo necessário distinguir tratamento médico e acompanhamento médico. 5. Ausência, outrossim, de evidência de má-fé do segurado, pois as condições de saúde deste não apontavam para a ocorrência do óbito no curso da contratação acessória, cuja finalidade era garantir o pagamento do saldo devedor do contrato principal de mútuo. 6. Aplicação ao caso da Súmula 609/STJ, segundo a qual: "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". 7. Ilícitude da recusa de cobertura no caso concreto. 8. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (STJ - REsp: 1753222 RS 2018/0174299-4, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 23/03/2021, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/03/2021)

DIREITO CIVIL. SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. MÁ-FÉ DO SEGURADO NÃO COMPROVADA. I - Jurisprudência do E. Superior Tribunal de Justiça que se orienta no sentido de que, na hipótese de não realização de exame médico previamente à contratação, a seguradora somente pode se eximir do dever de indenizar se comprovar má-fé do segurado, não sendo este o caso dos autos. II - Recurso desprovido, com majoração da verba honorária. (TRF-3 - ApCiv: 50007201020174036128 SP, Relator: Desembargador Federal OTAVIO PEIXOTO JUNIOR, Data de Julgamento: 22/09/2021, 2ª Turma, Data de Publicação: DJEN DATA: 27/09/2021)

Desta feita, perfeitamente cabível a indenização securitária pleiteada, tendo a parte autora cumprido todos os requisitos ensejadores para a sua concessão, devendo a sentença ora vergastada ser reformada a fim de condenar a rés solidariamente ao pagamento da indenização do seguro de vida no valor de R\$35.000 (trinta e cinco mil reais), devidamente atualizado.

No que concerne ao pagamento de indenização por dano moral, observa-se que o pagamento constante da apólice contratada não foi realizado de forma ilícita, conforme acima demonstrado, o que configura falha na prestação do serviço, sendo certo que as rés, ora apeladas não se desincumbiram de demonstrar excludente de sua responsabilidade ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.



Ademais, no presente caso, é dispensada a comprovação do real abalo sofrido, por tratar-se de dano *in re ipsa*, não sendo necessária a apresentação de provas robustas que demonstrem a ofensa moral da pessoa. O próprio fato já configura o dano.

A respeito do assunto, colaciono Jurisprudência Pátria:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. COBRANÇA DE MENSALIDADES. DESCABIMENTO. MATRÍCULA NÃO RENOVADA. INSCRIÇÃO INDEVIDA EM CADASTRO DE INADIMPLENTES. DANO MORAL IN RE IPSA. DEVER DE INDENIZAR. Se a entidade de ensino superior responsável pela inclusão do nome do suposto devedor nos cadastros de proteção ao crédito não produziu provas que demonstrassem que a parte, efetivamente, realizou a matrícula, contratou e se utilizou dos seus serviços educacionais, manifestamente irregular foi a cobrança das mensalidades e a subseqüente inclusão do nome da postulante no cadastro negativador de crédito. O fornecedor de serviços só se exonera da responsabilidade de indenizar os danos causados pela má prestação do serviço se comprovar a inexistência do defeito ou a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiros (art. 14, § 3º, CDC), o que não ocorreu no caso concreto. Falha na prestação do serviço evidenciada. **Abalo moral indenizável, na medida em que houve mácula ao nome da demandante, ultrapassando-se a situação de mero dissabor, considerando a inserção indevida de seu nome em órgãos protetivos de crédito.** O quantum indenizatório de dano moral deve ser fixado em termos razoáveis, para não ensejar a ideia de enriquecimento indevido da vítima e nem empobrecimento injusto do agente, devendo dar-se com moderação, proporcionalmente ao evento, às circunstâncias em que se encontra o ofendido e a capacidade econômica do ofensor. Hipótese em que, sopesadas as circunstâncias do caso concreto, ressaltado o caráter pedagógico, de que também deve se revestir a indenização por danos morais, se mostra adequada a fixação do quantum indenizatório no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais), atendendo aos princípios de proporcionalidade e razoabilidade. Precedentes paradigmáticos da Corte Fluminense. Sentença de (TJ-RJ - APL: 00034387320188190042, Relator: Des(a). ANDRE LUIZ CIDRA, Data de Julgamento: 06/05/2021, DÉCIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/05/2021)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. RECUSA DA SEGURADORA EM EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PRETENDIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. ALEGAÇÃO RECURSAL DE QUE A APÓLICE NÃO CONTEMPLA A HIPÓTESE DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR MORTE NATURAL. RECUSA DA SEGURADORA RÉ QUE SE REVELA ILÍCITA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. 1. Relação de consumo. Responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços. 2. Conforme se depreende do contexto probatório coligido aos autos, a contratante do seguro de vida, consoante a apólice que instrui os autos, era segurada em caso de morte por causas naturais. 3. A apólice demonstra que o pagamento de indenização ao beneficiário é devido em caso de morte natural, o que infirma de modo evidente as alegações



recursais da parte ré, demonstrando evidente falha na prestação do serviço. 4. **Dano moral que restou configurado em razão da falta do pagamento da indenização securitária contratada.** 5. Verba indenizatória que se mantém em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Precedentes jurisprudenciais. (TJ-RJ - APL: 00300953920188190208, Relator: Des(a). ALVARO HENRIQUE TEIXEIRA DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 19/05/2021, VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 25/05/2021)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO C/C DANOS MORAIS - SEGURO DE VIDA - NÃO PAGAMENTO - DEVER DE INDENIZAR - DANO MORAL CONFIGURADO - RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS. 1. Determina o artigo 757 da Lei Substantiva Civil pátria que: Pelo Contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra risco predeterminados. 2. Limitam-se as requeridas em refutar os fatos narrados na peça de ingresso, sem apresentar qualquer meio de prova que pudesse demonstrar que a requerente, genitora do falecido empregado, não era a beneficiária do seguro em caso de morte do titular. As seguradoras agiram de forma abusiva ao não efetuarem o pagamento da indenização conforme previsto no contrato de seguro, causando frustração, dor e angústia à apelada, que vivenciou momento de perda pela morte do filho e desestrutura na situação financeira, restando comprovado o abalo moral passível de indenização. 3. **Por equiparar-se a conduta das empresas em verdadeira recusa injustificada do pagamento da indenização securitária, restou atingida a dignidade da beneficiada, caracterizando a existência de dano moral indenizável, fixado no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).** 4. Recursos conhecidos e desprovidos. (TJ-ES - APL: 00186523920118080048, Relator: WALACE PANDOLPHO KIFFER, Data de Julgamento: 13/05/2019, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 21/05/2019)

Desta forma, não há como rechaçar a ocorrência da prática de ato ilícito, por parte das requeridas e do seu dever de indenizar. Neste caso, o ato praticado violou disposições do art. 5º, inciso X da Constituição Federal e arts. 186, 187, 927, 944, do Código Civil e art. 14, do Código de Defesa do Consumidor, ensejando a reparação civil, devendo também a sentença ora vergastada, nesta parte, ser reformada para julgar procedente o pleito de indenização por dano moral.

No que concerne ao *quantum* indenizatório, observa-se que o mesmo deve estar adequado aos transtornos impingidos à parte ofendida, verificando-se compensação justa para o caso em exame, atendendo aos parâmetros de moderação e razoabilidade, adotados em situação semelhante, além de observância a critérios recomendados pela doutrina e jurisprudência pátrias, tais quais: os referentes à situação pessoal e ao status social, econômico e intelectual do ofendido, à intensidade do constrangimento, ao porte econômico do ofensor, ao grau de culpa e à



gravidade da ofensa.

Com isso, visa-se também a desestimular a prática de novos atos ilícitos, bem como ofertar conforto ao ofendido, de modo que a quantia arbitrada não seja tão irrisória, que nada represente; nem tão exagerada, a ponto de implicar sacrifício demasiado para o demandado ou enriquecimento ilícito para a outra parte.

Nessa esteira de raciocínio, fixo o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), devidamente atualizado, a título de danos morais, sendo certo que tal importância atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, restando equivalente aos demais casos análogos e entendimentos firmados pela Jurisprudência Pátria.

DISPOSITIVO:

Ante o exposto, **CONHEÇO DO RECURSO E DOU-LHE PROVIMENTO**, para reformar in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, julgando a demanda totalmente procedente, a fim de condenar as rés, solidariamente, ao pagamento da indenização securitária prevista no contrato no valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais), valor este que deverá ser corrigido pelo INPC a partir do sinistro e acrescido de juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês a contar da citação, condenando as requeridas, ainda, ao pagamento de indenização por dano moral, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com correção monetária desde a data do arbitramento e juros de 1% (hum por cento) ao mês desde a citação. Em razão da total procedência da demanda, inverte-se o ônus sucumbencial, condenando as rés também ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §2º do CPC.

É COMO VOTO.

Belém, 28/03/2023



RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de recurso de APELAÇÃO interposto por EDNA CRISTINA DA SILVA inconformada com a Sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa que, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, julgou improcedente o pedido autoral, condenando a requerente ao pagamento de custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor atribuído à causa, suspendendo, entretanto, sua exigibilidade, em razão do deferimento da gratuidade, tendo como ora apelados BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS E BANCO DO BRASIL S/A.

A autora, ora apelado, ajuizou a presente demanda alegando, em síntese, que era mãe do segurado, o qual veio a falecer no dia 03/04/2019, vítima de SEPTICEMIA E COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS DE AIDS, conforme se faz prova com o atestado de óbito em anexo.

Aduziu que o “de cujus”, quando em vida, celebrou contrato de seguro de vida para o caso de morte natural, por meio da Apólice nº 250590112, que previa o pagamento, em caso de morte natural, da quantia de R\$35.000,00 (trinta e cinco mil reais), para a única beneficiária, ora recorrente, tendo seu pedido de indenização sido negado sob a alegação de que a doença vitimou o segurado teria sido omitida por ocasião da celebração da contratação do seguro, o que teria influenciado na aceitação do risco, com ofensa da legislação pertinente à matéria, requerendo, portanto, o pagamento da indenização securitária e danos morais.

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (ID Nº. 9536239), que julgou totalmente improcedente a pretensão veiculada na exordial.

Inconformada, **EDNA CRISTINA DA SILVA** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 9536243), alegando que o “de cujus” realizou vários exames laboratoriais e nunca foi constatado ser portador de nenhuma doença grave, como a AIDS, salientando que por ocasião da contratação do seguro (21/01/2019), o “de cujus” realmente marcou a opção “não” ser portador de doença pré-existente, tendo em vista que não tinha conhecimento de tal fato.

Ressalta que devido a gravidade dos sintomas enfrentados (confusão mental, delírios, dificuldades para andar, dor cervical de irradiação difusa), na data (01/04/2019), foi internado na UPA-Sacramenta e foram realizados vários exames laboratoriais no mesmo, onde foi descoberto que o mesmo era portador do vírus do HIV, vindo a falecer no dia 03/04/2019, por insuficiência respiratória aguda e sepse.

Sustenta que o “de cujus” não tinha conhecimento de ser portador de qualquer doença grave pré-existente ao celebrar o contrato de seguro de vida com as Apeladas, motivo



pelo qual não pode ter sido considerado como omissa da doença que o levou ao óbito, devendo a sentença ora vergastada ser totalmente reformada, com a procedência da demanda e o deferimento dos pleitos da peça exordial.

Em relação aos danos morais, salienta que está devidamente comprovado o abalo em seu for íntimo, moral e financeiro, devendo também ser julgado procedente tal pleito indenizatório, requerendo o provimento do recurso, a fim de que a sentença seja totalmente reformada.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 9536247), **BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS (atual denominação social da COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL)** refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, ressaltando que o segurado, ao contrário da declaração pessoal de saúde, tinha pleno conhecimento de ser portador da doença que levou a óbito, pugnando pela manutenção da sentença guerreada em todos os seus termos.

Também em sede de contrarrazões (ID Nº. 9536249), **BANCO DO BRASIL S/A** sustenta, preliminarmente, a impossibilidade de concessão dos benefícios da justiça gratuita em favor da autora, bem como sua ilegitimidade passiva para compor o polo passivo da demanda, salientando que é mero intermediário entre o consumidor e a seguradora.

No mérito, refuta todos os argumentos trazidos, salientando que não houve falha na prestação de serviço, pugnando pela manutenção da sentença ora vergastada.

É o Relatório.



VOTO

Avaliados os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelo apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

Prima facie, convém esclarecer que a matéria relativa à concessão da justiça gratuita encontra-se preclusa, posto que o Juízo, em despacho inicial (ID Nº. 9536207), deferiu regularmente a justiça gratuita em favor da autora, não tendo havido contra tal decisum qualquer impugnação ou recurso.

Passo a análise da preliminar de ilegitimidade passiva, suscitada por Banco do Brasil S/A.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO BANCO DO BRASIL S/A:

Alega a BANCO DO BRASIL S/A sua ilegitimidade passiva para compor a lide, salientando que o contrato de seguro objeto da presente demanda foi firmado apenas com a Brasilseg Companhia de Seguros, afirmando ser esta a responsável pelo seguro e a apólice em questão.

Analisando detidamente os autos, observa-se que, de fato, a pessoa jurídica responsável pela apólice do seguro de vida contratado é a apelada Brasilseg Companhia de Seguros, entretanto, tal fato por si só não importa na ilegitimidade passiva do Banco do Brasil S/A ou afasta eventual responsabilidade solidária entre as sociedades demandadas nos autos.

Assim, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, §1º, do CDC.

Além disso, a responsabilidade dos fornecedores de serviços, em regime de grupo econômico e empresarial, é solidária, conforme dispõe o art. 7º, parágrafo único, do CDC, sem olvidar que na hipótese em apreço incide a teoria da aparência, fundamentada nos Arts. 30 e 34, do CDC, haja vista que as empresas requeridas utilizam a mesma logomarca de identificação possuindo denominação social semelhantes, induzindo ao consumidor não apenas a aparência de serem a mesma pessoa jurídica, mas também constituir um único grupo em trabalho conjunto.

A esse respeito, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico.

Em casos semelhantes, colhe-se os seguintes julgados:



PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DE CONSULTAS. ABUSIVIDADE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. AFASTADA. APLICAÇÃO DO CDC. TEORIA DA APARÊNCIA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA.

SENTENÇA MANTIDA. 1. Apelação interposta por operadora de saúde contra sentença que julgou procedente o pedido inicial para determinar que as requeridas autorizem as sessões de psicoterapia enquanto prescritas pelo profissional médico, reconhecendo a nulidade da cláusula que impõe o limite anual de consultas. 1.1. Em seu apelo, a primeira requerida se limita a suscitar sua ilegitimidade passiva. Afirma não possuir relação jurídica com o autor ou o contrato de seguro saúde impugnado, tampouco intermediou a contratação, possuindo sede e CNPJ diferente da seguradora que emitiu o seguro. Sustenta que o "único ponto comum em relação à denominação social da operadora de saúde que a autora elegeu para figurar no polo passivo é a expressão ALLIANZ?". 2. No caso, a pessoa jurídica que figura no contrato de assistência à saúde difere da empresa ora apelante. Todavia, tal fato por si só não importa em sua ilegitimidade passiva ou afasta eventual responsabilidade solidária entre as sociedades demandadas nos autos. 2.1. Isso porque, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, § 1º, do CDC. 2.2. Além disso, a responsabilidade dos fornecedores de serviços, em regime de grupo econômico e empresarial, é solidária, conforme dispõe o art. 7º, parágrafo único, do CDC, sem olvidar que na hipótese em apreço incide a teoria da aparência, fundamentada nos Arts. 30 e 34, do CDC, haja vista que as empresas requeridas utilizam a mesma logomarca de identificação (Allianz) possuindo denominação social semelhantes, induzindo ao consumidor não apenas a aparência de serem a mesma pessoa jurídica, mas também constituir um único grupo em trabalho conjunto. 3. A esse respeito, o entendimento do STJ, acompanhado pelo TJDFT, é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico. 3.1. Precedente em caso semelhante: "A conduta da Unimed, de, no momento da contratação do plano de saúde, convencer de que se trata de um sistema único de cooperativas com atuação em todo o território nacional, e depois alegar a independência das unidades cooperativadas e a distinção de personalidade jurídica para eximir-se de eventual responsabilidade, frustra a confiança depositada pelo consumidor no negócio jurídico celebrado." (STJ, 3ª Turma, REsp 1627881/TO, rel. Min. Nancy Andrighi, DJe de 15/09/2017) 4. Apelação não provida. (TJ-DF 07185612720218070001 DF 0718561-27.2021.8.07.0001, Relator: JOÃO EGMONT, Data de Julgamento: 23/02/2022, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 14/03/2022 . Pág.: Sem Página Cadastrada.)

"LEGITIMIDADE PASSIVA. SISTEMA UNIMED. BOA-FÉ OBJETIVA. TEORIA DA APARÊNCIA. [...] 3. A integração do Sistema Unimed é



evidenciada pelo uso do mesmo nome - "Unimed" - e por um logotipo comum , de maneira a dificultar a fixação das responsabilidades e a área de atuação ou abrangência de cobertura de cada uma das unidades, singularmente considerada. Por isso, é grande a possibilidade de confusão do consumidor no momento da contratação dos planos de saúde oferecidos pelas cooperativas que compõem o Sistema Unimed. 5. A conduta da Unimed, de, no momento da contratação do plano de saúde, convencer de que se trata de um sistema único de cooperativas com atuação em todo o território nacional, e depois alegar a independência das unidades cooperativadas e a distinção de personalidade jurídica para eximir-se de eventual 6. responsabilidade, frustra a confiança depositada pelo consumidor no negócio jurídico celebrado. À luz da teoria da aparência, é reconhecida a legitimidade passiva da recorrida.” REsp 1627881/TO, rel. Min. Nancy Andrichi, DJe de 15/09/2017)

“UNIMED. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. SISTEMA ÚNICO. CONGLOMERADO. [...] 3. Em que pese alguma controvérsia remanescente, a questão da legitimidade da UNIMED tem ensejado, do Superior Tribunal de Justiça e deste TJDF, o entendimento de que há responsabilidade de saúde que integram o complexo Unimed do Brasil, solidária entre as diversas cooperativas que possuam personalidades jurídicas e bases geográficas distintas, por força da teoria da aparência aos consumidores e por integrarem um Sistema UNIMED único.” ainda (TJDF, 2ª Turma Cível, 07023294520188070000, rel. Des. Cesar Loyola, DJe de 14/06/2018)

Desta feita, tendo em vista que o Código de Defesa do Consumidor prevê a responsabilização solidária de todos que participam da relação de consumo, aliado a aplicação da teoria da aparência, **rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva do Banco do Brasil S/A.**

MÉRITO

O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da indenização securitária por morte, tendo a mesma sido indeferida sob a alegação de omissão de doença preexistente por ocasião da celebração da contratação do seguro.

Ab initio, convém salientar que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável ao



caso em exame, tanto pela relação de consumo existente entre as partes, quanto pelo caráter de adesão próprio dos contratos de seguro.

No caso em questão, observa-se restar incontroverso a contratação do seguro de vida denominado BB Seguro Vida Completo, representado pela proposta 44.287.997, apólice n.º 938017, com vigência de 21/01/2019 a 21/01/2024, bem como que a causa da morte do segurado foi septicemia e complicações infecciosas de aids, cingindo-se a presente análise ao fato de eventual irregularidade acerca da contratação do seguro de vida decorrente de suposta omissão de doença preexistente.

Analisando detidamente o contrato firmado entre as partes (ID N.º. 9536185), observa-se que no momento da contratação (21/01/2019), em resposta ao questionário da "Declaração Pessoal de Saúde", o segurado afirmou não possuir doença preexistente que o tivesse obrigado a ter acompanhamento médico, realizar exames e fazer uso rotineiro de medicamentos. O juízo de 1º grau entendeu que pelo fato da morte do segurado (03/04/2019) ter ocorrido apenas três meses do início da vigência do contrato (21/01/2019) era possível aferir que o segurado já estava doente ao tempo da contratação e que tinha pleno conhecimento de sua moléstia, tendo, de má-fé, omitido tal fato por ocasião da contratação, o que afastaria o direito de receber a indenização securitária.

Oportuno salientar que nos termos dos arts. 765 e 766, todos do CC, a boa-fé objetiva conta com cláusula específica no âmbito do contrato de seguro, restando saber se, no caso em comento, teria havido efetivamente uma omissão maliciosa na declaração de saúde.

Vejamos os dispositivos acima mencionados:

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.

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.

Acerca do tema, ressalta-se que a súmula 609 do STJ assim preleciona:

"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"

No presente caso, pelo que se depreende do prontuário médico do segurado, fornecido pela Prefeitura Municipal de Belém/Pa (ID N.º. 9536195), o exame de HIV somente fora



realizado no dia 01/04/2019, momento segundo o qual se verifica efetivamente que o segurado tomou ciência de que era portador do vírus da imunodeficiência humana causadora da AIDS.

Nesse sentido, resta cristalino que a quando da contratação do seguro, isto é, 21/01/2019, o segurado não possuía conhecimento da doença, inexistindo nos autos qualquer prova que afirme ciência da doença preexistente que causou a morte no momento que firmou o referido negócio jurídico, fato que afasta qualquer alegação de omissão maliciosa e, por conseguinte, a configuração de má-fé do segurado.

Ressalta-se, seguindo a esteira de raciocínio dos dispositivos acima citados e da referida Súmula nº. 609 do STJ, que as rés, ora apeladas, não se desincumbiram de demonstrar que no momento da contratação do seguro houve a exigência de exames médicos prévios a fim de atestar alguma doença, mostrando-se, portanto, ilícita a recusa da cobertura securitária.

Frisa-se: a seguradora, ao não exigir exame de saúde prévio, assume o risco da ocorrência do sinistro por doença preexistente não informada pelo segurado, sendo cabível a recusa de cobertura tão somente na hipótese de comprovada má-fé do segurado, o que conforme dito acima, também não restou comprovado.

A respeito do assunto, colaciono Jurisprudência Pátria:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERIDA. 1. Inexiste nulidade por cerceamento de defesa quando o julgamento antecipado da lide decorre, justamente, do entendimento do Juízo a quo de que o feito encontra-se devidamente instruído pelos documentos trazidos pelas partes. Precedentes. 1.1. O acolhimento do inconformismo recursal, no sentido de se aferir a suficiência das provas constantes dos autos, bem como analisar a existência do apontado cerceamento de defesa implicaria no revolvimento de todo o contexto fático-probatório, providência que esbarra no óbice da Súmula 7 desta Corte. 2. **De acordo com a jurisprudência desta Corte, consolidada no enunciado sumular de n. 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.** 2.1. Derruir as conclusões do Tribunal local acerca da inexistência de má-fé por parte do segurado demandaria reanálise do acervo probatório. Incidência da Súmula 7/STJ. 3. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp 1.641.645/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 31/08/2020, DJe 09/09/2020)

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO



PRESTAMISTA. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE NÃO INFORMADA PELO SEGURADO. OCORRÊNCIA DO SINISTRO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO. DISTINÇÃO ENTRE TRATAMENTO MÉDICO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE PREVISIBILIDADE DO ÓBITO NO CURSO DO CONTRATO DE MÚTUO. ILICITUDE DA RECUSA DE COBERTURA PELA SEGURADORA. APLICAÇÃO DO ENUNCIADO DA SÚMULA 609/STJ. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. 1. Controvérsia acerca da recusa de cobertura de seguro prestamista na hipótese em que o segurado faleceu três meses após a contratação, tendo sido apontada como 'causa mortis' doença preexistente (miocardiopatia dilatada) não informada na declaração de saúde. 2. Caso concreto em que o quesito da declaração de saúde indagava acerca da submissão a tratamento médico nos três anos anteriores à contratação, tendo sido respondido negativamente pelo segurado. 3. **Ausência de comprovação de inveracidade da informação prestada pelo segurado, pois o quesito indagava acerca de doença em tratamento nos últimos três anos, não sobre toda e qualquer doença preexistente.** 4. **Ausência também de prova de que o segurado estivesse em tratamento no momento da contratação, sendo necessário distinguir tratamento médico e acompanhamento médico.** 5. **Ausência, outrossim, de evidência de má-fé do segurado, pois as condições de saúde deste não apontavam para a ocorrência do óbito no curso da contratação acessória, cuja finalidade era garantir o pagamento do saldo devedor do contrato principal de mútuo.** 6. **Aplicação ao caso da Súmula 609/STJ, segundo a qual: "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".** 7. **Ilícitude da recusa de cobertura no caso concreto.** 8. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (STJ - REsp: 1753222 RS 2018/0174299-4, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 23/03/2021, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/03/2021)

DIREITO CIVIL. SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEEXISTENTE. MÁ-FÉ DO SEGURADO NÃO COMPROVADA. I - Jurisprudência do E. Superior Tribunal de Justiça que se orienta no sentido de que, na hipótese de não realização de exame médico previamente à contratação, a seguradora somente pode se eximir do dever de indenizar se comprovar má-fé do segurado, não sendo este o caso dos autos. II - Recurso desprovido, com majoração da verba honorária.



(TRF-3 - ApCiv: 50007201020174036128 SP, Relator: Desembargador Federal OTAVIO PEIXOTO JUNIOR, Data de Julgamento: 22/09/2021, 2ª Turma, Data de Publicação: DJEN DATA: 27/09/2021)

Desta feita, perfeitamente cabível a indenização securitária pleiteada, tendo a parte autora cumprido todos os requisitos ensejadores para a sua concessão, devendo a sentença ora vergastada ser reformada a fim de condenar a ré(s) solidariamente ao pagamento da indenização do seguro de vida no valor de R\$35.000 (trinta e cinco mil reais), devidamente atualizado.

No que concerne ao pagamento de indenização por dano moral, observa-se que o pagamento constante da apólice contratada não foi realizado de forma ilícita, conforme acima demonstrado, o que configura falha na prestação do serviço, sendo certo que as ré(s), ora apeladas não se desincumbiram de demonstrar excludente de sua responsabilidade ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.

Ademais, no presente caso, é dispensada a comprovação do real abalo sofrido, por tratar-se de dano *in re ipsa*, não sendo necessária a apresentação de provas robustas que demonstrem a ofensa moral da pessoa. O próprio fato já configura o dano.

A respeito do assunto, colaciono Jurisprudência Pátria:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. COBRANÇA DE MENSALIDADES. DESCABIMENTO. MATRÍCULA NÃO RENOVADA. INSCRIÇÃO INDEVIDA EM CADASTRO DE INADIMPLENTES. DANO MORAL IN RE IPSA. DEVER DE INDENIZAR. Se a entidade de ensino superior responsável pela inclusão do nome do suposto devedor nos cadastros de proteção ao crédito não produziu provas que demonstrassem que a parte, efetivamente, realizou a matrícula, contratou e se utilizou dos seus serviços educacionais, manifestamente irregular foi a cobrança das mensalidades e a subsequente inclusão do nome da postulante no cadastro negativador de crédito. O fornecedor de serviços só se exonera da responsabilidade de indenizar os danos causados pela má prestação do serviço se comprovar a inexistência do defeito ou a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiros (art. 14, § 3º, CDC), o que não ocorreu no caso concreto. Falha na prestação do serviço evidenciada. **Abalo moral indenizável, na medida em que houve mácula ao nome da demandante, ultrapassando-se a situação de mero dissabor, considerando a inserção indevida de seu nome em órgãos protetivos de crédito.** O quantum indenizatório de dano moral deve ser fixado em termos razoáveis, para não ensejar a ideia de enriquecimento indevido da vítima e nem empobrecimento injusto do agente, devendo dar-se com moderação, proporcionalmente ao evento, às circunstâncias em que se encontra o ofendido e a capacidade econômica do ofensor. Hipótese em que, sopesadas as circunstâncias do caso concreto, ressaltado o caráter pedagógico, de que também deve se revestir a indenização por danos morais, se



mostra adequada a fixação do quantum indenizatório no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais), atendendo aos princípios de proporcionalidade e razoabilidade. Precedentes paradigmáticos da Corte Fluminense. Sentença de (TJ-RJ - APL: 00034387320188190042, Relator: Des(a). ANDRE LUIZ CIDRA, Data de Julgamento: 06/05/2021, DÉCIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/05/2021)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. RECUSA DA SEGURADORA EM EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PRETENDIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. ALEGAÇÃO RECURSAL DE QUE A APÓLICE NÃO CONTEMPLA A HIPÓTESE DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR MORTE NATURAL. RECUSA DA SEGURADORA RÉ QUE SE REVELA ILÍCITA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. 1. Relação de consumo. Responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços. 2. Conforme se depreende do contexto probatório coligido aos autos, a contratante do seguro de vida, consoante a apólice que instrui os autos, era segurada em caso de morte por causas naturais. 3. A apólice demonstra que o pagamento de indenização ao beneficiário é devido em caso de morte natural, o que infirma de modo evidente as alegações recursais da parte ré, demonstrando evidente falha na prestação do serviço. 4. **Dano moral que restou configurado em razão da falta do pagamento da indenização securitária contratada.** 5. Verba indenizatória que se mantém em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Precedentes jurisprudenciais. (TJ-RJ - APL: 00300953920188190208, Relator: Des(a). ALVARO HENRIQUE TEIXEIRA DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 19/05/2021, VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 25/05/2021)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO C/C DANOS MORAIS - SEGURO DE VIDA - NÃO PAGAMENTO - DEVER DE INDENIZAR - DANO MORAL CONFIGURADO - RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS. 1. Determina o artigo 757 da Lei Substantiva Civil pátria que: Pelo Contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra risco predeterminados. 2. Limitam-se as requeridas em refutar os fatos narrados na peça de ingresso, sem apresentar qualquer meio de prova que pudesse demonstrar que a requerente, genitora do falecido empregado, não era a beneficiária do seguro em caso de morte do titular. As seguradoras agiram de forma abusiva ao não efetuarem o pagamento da indenização conforme previsto no contrato de seguro, causando frustração, dor e angústia à apelada, que vivenciou momento de perda pela morte do filho e desestrutura na situação financeira, restando comprovado o abalo moral passível de indenização. 3. **Por equiparar-se a conduta das empresas em verdadeira recusa injustificada do pagamento da indenização securitária, restou atingida a dignidade da beneficiada, caracterizando a existência de dano moral indenizável, fixado no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).** 4. Recursos conhecidos e desprovidos. (TJ-ES - APL: 00186523920118080048, Relator: WALLACE PANDOLPHO KIFFER, Data de Julgamento: 13/05/2019, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 21/05/2019)



Desta forma, não há como rechaçar a ocorrência da prática de ato ilícito, por parte das requeridas e do seu dever de indenizar. Neste caso, o ato praticado violou disposições do art. 5º, inciso X da Constituição Federal e arts. 186, 187, 927, 944, do Código Civil e art. 14, do Código de Defesa do Consumidor, ensejando a reparação civil, devendo também a sentença ora vergastada, nesta parte, ser reformada para julgar procedente o pleito de indenização por dano moral.

No que concerne ao *quantum* indenizatório, observa-se que o mesmo deve estar adequado aos transtornos impingidos à parte ofendida, verificando-se compensação justa para o caso em exame, atendendo aos parâmetros de moderação e razoabilidade, adotados em situação o semelhante, além de observância a critérios recomendados pela doutrina e jurisprudência pátrias, tais quais: os referentes à situação pessoal e ao status social, econômico e intelectual do ofendido, à intensidade do constrangimento, ao porte econômico do ofensor, ao grau de culpa e à gravidade da ofensa.

Com isso, visa-se também a desestimular a prática de novos atos ilícitos, bem como ofertar conforto ao ofendido, de modo que a quantia arbitrada não seja tão irrisória, que nada represente; nem tão exagerada, a ponto de implicar sacrifício demasiado para o demandado ou enriquecimento ilícito para a outra parte.

Nessa esteira de raciocínio, fixo o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), devidamente atualizado, a título de danos morais, sendo certo que tal importância atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, restando equivalente aos demais casos análogos e entendimentos firmados pela Jurisprudência Pátria.

DISPOSITIVO:

Ante o exposto, **CONHEÇO DO RECURSO E DOU-LHE PROVIMENTO**, para reformar in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, julgando a demanda totalmente procedente, a fim de condenar as rés, solidariamente, ao pagamento da indenização securitária prevista no contrato no valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais), valor este que deverá ser corrigido pelo INPC a partir do sinistro e acrescido de juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês a contar da citação, condenando as requeridas, ainda, ao pagamento de indenização por dano moral, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com correção monetária desde a data do arbitramento e juros de 1% (hum por cento) ao mês desde a citação. Em razão da total procedência da demanda, inverte-se o ônus sucumbencial, condenando as rés também ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários



advocatícios, na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §2º do CPC.

É COMO VOTO.



EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA CUMULADO COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA – MÉRITO: RECUSA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO - ALEGAÇÃO DE OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE – AUSÊNCIA DE CIÊNCIA DA DOENÇA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO – NÃO COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ DO SEGURADO – AUSÊNCIA DE EXIGÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES POR PARTE DAS SEGURADORAS – OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NA SÚMULA 609 DO STJ- - ILÍCITO DEMONSTRADO – FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – DANO MORAL CONFIGURADO – PROCEDÊNCIA - SENTENÇA TOTALMENTE REFORMADA - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1-Preliminar de Ilegitimidade Passiva:

1.1-O entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido da responsabilidade solidária das empresas que, em razão da utilização de mesma identificação e marca, induzem ao consumidor tratar-se de instituições trabalhando em conjunto e integrando o mesmo grupo econômico.

1.2-Assim, em se tratando de relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor, todos aqueles que de alguma forma participaram da cadeia econômica de bem ou serviço oferecido ao mercado de consumo são solidariamente responsáveis por eventual falha na prestação, na forma dos arts. 20, 25, §1º, do CDC, razão pela qual rejeito a preliminar suscitada.

1.3-Preliminar rejeitada.

2-Mérito:

2.1-O cerne da questão versa sobre ação de cobrança de seguro de vida, em que a parte autora pretende o recebimento da indenização securitária por morte, tendo a mesma sido indeferida sob a alegação de omissão de doença preexistente por ocasião da celebração da contratação do seguro.

2.2- No presente caso, pelo que se depreende do prontuário médico do segurado, fornecido pela Prefeitura Municipal de Belém/Pa (ID Nº. 9536195), o exame de HIV somente fora realizado no dia 01/04/2019, momento segundo o qual se verifica efetivamente que o segurado tomou ciência de que era portador do vírus da imunodeficiência humana causadora da AIDS.

2.3-Nesse sentido, resta cristalino que a quando da contratação do seguro, isto é, 21/01/2019, o segurado não possuía conhecimento da doença, inexistindo nos autos qualquer prova que afirme ciência da doença preexistente que causou a morte no momento que firmou o referido negócio jurídico, fato que afasta qualquer alegação de omissão maliciosa e, por conseguinte, a configuração de má-fé do segurado.

2.4- Ressalta-se, seguindo a esteira de raciocínio da Súmula nº. 609 do STJ, que as rés, ora apeladas, não se desincumbiram de demonstrar que no momento da contratação do seguro houve a exigência de exames médicos prévios a fim de atestar alguma doença, mostrando-se, portanto, ilícita a recusa da cobertura securitária.

2.5-Desta feita, perfeitamente cabível a indenização securitária pleiteada, tendo a parte



autora cumprido todos os requisitos ensejadores para a sua concessão, devendo a sentença ora vergastada ser reformada a fim de condenar a ré(s) solidariamente ao pagamento da indenização do seguro de vida no valor de R\$35.000 (trinta e cinco mil reais), devidamente atualizado.

2.6-No que concerne ao pagamento de indenização por dano moral, observa-se que o pagamento constante da apólice contratada não foi realizado de forma ilícita, conforme acima demonstrado, o que configura falha na prestação do serviço, sendo certo que as ré(s), ora apeladas não se desincumbiram de demonstrar excludente de sua responsabilidade ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da parte autora, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.

2.7-Ademais, no presente caso, é dispensada a comprovação do real abalo sofrido, por tratar-se de dano *in re ipsa*, não sendo necessária a apresentação de provas robustas que demonstrem a ofensa moral da pessoa. O próprio fato já configura o dano.

2.8-Desta forma, não há como rechaçar a ocorrência da prática de ato ilícito, por parte das requeridas e do seu dever de indenizar. Neste caso, o ato praticado violou disposições do art. 5º, inciso X da Constituição Federal e arts. 186, 187, 927, 944, do Código Civil e art. 14, do Código de Defesa do Consumidor, ensejando a reparação civil, devendo também a sentença ora vergastada, nesta parte, ser reformada para julgar procedente o pleito de indenização por dano moral.

2.9- No que concerne ao quantum, fixo o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), devidamente atualizado, a título de danos morais, sendo certo que tal importância atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, restando equivalente aos demais casos análogos e entendimentos firmados pela Jurisprudência Pátria.

3-Recurso conhecido e provido, para reformar in totum a sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, julgando a demanda totalmente procedente, a fim de condenar as ré(s), solidariamente, ao pagamento da indenização securitária prevista no contrato no valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais), valor este que deverá ser corrigido pelo INPC a partir do sinistro e acrescido de juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês a contar da citação, condenando as requeridas, ainda, ao pagamento de indenização por dano moral, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com correção monetária desde a data do arbitramento e juros de 1% (hum por cento) ao mês desde a citação. Em razão da total procedência da demanda, inverte-se o ônus sucumbencial, condenando as ré(s) também ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §2º do CPC.



Vistos, relatados e discutidos estes autos de recurso de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante EDNA CRISTINA DA SILVA e apeladas BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS E BANCO DO BRASIL S/A.

Acordam Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

