



TJSC. Seguro de vida. Morte do segurado. Recusa ao pagamento da indenização. Suposta omissão de informações relevantes sobre o estado de saúde do segurado. Má-fé do contratante não evidenciada. Dever de indenizar caracterizado. Nos contratos de seguro, presume-se a boa-fé do segurado. Logo, incumbe à seguradora provar a omissão dolosa do contratante para afastar a obrigação de indenizar.

Decisão

Acórdão: Apelação Cível n. 2007.035508-5, de Capital.

Relator: Des. Luiz Carlos Freyesleben.

Data da decisão: 10.09.2007.

Publicação: DJSC Eletrônico n. 305, edição de 05.10.2007, p. 142.

EMENTA: PROCESSO CIVIL E CIVIL. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. CERCEAMENTO DE DEFESA INOCORRENTE. CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. MORTE DO SEGURADO. RECUSA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO. SUPOSTA OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DO SEGURADO. MÁ-FÉ DO CONTRATANTE NÃO EVIDENCIADA. DEVER DE INDENIZAR CARACTERIZADO. RECURSO DESPROVIDO.

Não atenta contra a Constituição Federal, nem contra o Código de Processo Civil o magistrado, por cerceamento de defesa, quando antecipa o julgamento da lide, pondo de lado o desejo da parte de realizar outras provas, se entender que os litigantes puseram-lhe à vista documentos bastantes à formação de sua convicção, tornando-o apto a chegar ao desenlace da questão.

Nos contratos de seguro, presume-se a boa-fé do segurado. Logo, incumbe à seguradora provar a omissão dolosa do contratante para afastar a obrigação de indenizar.

A exigência de exames médicos é condição fundamental para eximir a companhia seguradora do pagamento da indenização contratada em caso de óbito por doença preexistente. Se deixa de realizar tal procedimento, assume os riscos do contrato, cabendo-lhe indenizar o beneficiário pelo valor da apólice.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível n. 2007.035508-5, da comarca da Capital (Unidade de Direito Bancário), em que é apelante Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais e apelada Rosimar Ávila:

ACORDAM, em Segunda Câmara de Direito Civil, por votação unânime, desprover o recurso. Custas legais.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso de Apelação Cível interposto por Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais contra a sentença do Dr. Juiz de Direito da Unidade de Direito Bancário da comarca da Capital que, nos autos da ação de cobrança que lhe move Rosimar Ávila, julgou procedente o pedido e condenou a seguradora ao pagamento de R\$ 30.000,00, corrigidos monetariamente a partir da negativa do pagamento e com juros de mora a contar da citação, mais custas processuais e honorários advocatícios de 15% sobre o valor da condenação.

A seguradora alegou, preliminarmente, cerceamento de defesa em razão do julgamento antecipado da lide. No mérito, insistiu que o segurado tinha ciência inequívoca, antes da assinatura da proposta do seguro, da doença que o acometia, evidenciando a sua má-fé, razão por que requereu a reforma da sentença para a improcedência do pedido e a inversão dos ônus sucumbenciais. Finalmente, prequestionou dispositivos de lei.

Contra-razões às fls. 185/198.

VOTO

Antes da análise do mérito do recurso, impõe-se o exame da preliminar de nulidade da sentença por cerceamento de defesa em razão do julgamento antecipado da lide.

Sem razão a apelante, pois, no caso, aflora evidente a desnecessidade de dilação probatória ante a prova documental amealhada, bastante para a formação da convicção do Juiz, sendo de pouca ou nenhuma valia a produção de outras provas.

O eminente Desembargador Trindade dos Santos já assentou que incorre cerceamento de defesa, pelo antecipado julgamento da lide, quando aos autos foi coligida prova documental suficiente para formar o convencimento do prolator da sentença; mesmo porque, é facultado ao julgador, em face da natureza da matéria versada e considerando os elementos convencionais inseridos no processo, proferir, a seu juízo, sentença antecipada, em atendimento, assim, às exigências de uma justiça mais rápida e eficaz (Ap. Cív. n. 98.006788-0, de Ibirama, j. 15/06/1999).

Por isso mesmo não se pode dizer que teria o Magistrado violado a Constituição Federal e Código de Processo Civil, por constrangimento imposto à defesa da parte, ao não dilatar a instrução processual. Basta ver que as provas documentais deixadas no processo pelos litigantes são daquelas que, por si só, dispensam a produção de outras, e, sendo assim, ao Juiz era dado o direito de valer-se das disposições do artigo 330, inciso I, do Código de Processo Civil.

Ademais, a necessidade da produção de prova em audiência há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique cerceamento de defesa. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos da causa estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do magistrado (STF, RE n. 101.171/SP, Rel. Min. Francisco Rezek, RTJ 115/789).

Por isso, afasta-se a preliminar de cerceamento de defesa suscitada pela apelante.

No mérito, impende ressaltar, antes de mais nada, que a relação jurídica de que se trata rege-se pelas disposições do Código de Defesa do Consumidor, na esteira de pacífico entendimento desta Corte:

Os contrato de seguro são regidos pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), a teor do que dispõe o art. 3º, § 2º, daquele mesmo diploma, com a menção expressa aos serviços de natureza securitária (Ap. Cív. n. 2002.011363-3, de Rio do Sul, Rel. Des. Monteiro Rocha, j. 08/08/2002).

As relações entre segurador e segurado devem ser analisadas sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor e, assim, as alegações erigidas pelo segurado, enquanto não derrogadas por provas em contrário, presumem-se verdadeiras, pois à seguradora cabe o ônus da prova (Ap. Cív. n. 2001.019981-5, de São José, Rel. Des. José Volpato de Souza, j. 18/06/2002).

Logo, impõe-se analisar a demanda, não apenas ao influxo do Código Civil, mas também à luz das normas e princípios do Código de Defesa do Consumidor, porquanto não se poderá conhecer o verdadeiro significado dos artigos 757 e seguintes do Código Civil de 2002 se não forem interpretados em consonância com as disposições da legislação consumerista.

Ressuma do processo que Jarbas José Ávila contratou seguro de vida em 02/07/2004. Entretanto, em 10/04/2005, o segurado veio a morrer, vítima de "parada cardíaca respiratória, insuficiência coronariana, linfangite carcinomatosa" (fl. 18). Ora, ocorrido o fato gerador da obrigação securitária, a beneficiária procurou a companhia para o recebimento da indenização prevista na apólice; mas não se houve com sucesso, tendo a seguradora argumentado que o contratante omitira informações relevantes a respeito de seu estado de saúde. Contudo, o fato de o segurado não haver informado a respeito de supostos exames não significa mais do que as provas podem demonstrar. É que não há prova cabal de que o segurado tivesse ciência inequívoca de que portava alguma doença fatal. Aliás, ao analisar a prova, o doutor Juiz de Direito, com clareza e lucidez, concluiu pelo reconhecimento do direito da autora à indenização por ela visada, à míngua de prova da má-fé do segurado.

Disse Sua Excelência:

Pois bem: compulsando os autos verifica-se que a causa mortis do falecido foi "parada Cardíaca Respiratória, Insuficiência Coronariana, Linfangite Carcinomatosa" (fl. 18).

A requerida, por outro lado, trouxe aos autos documentos que comprovam que o falecido já vinha sentindo-se mau e submetendo-se a tratamento médico quando assinou a proposta de seguro.

Contudo, em que pesem os argumentos trazidos à tona pela requerida, forçoso reconhecer que mesmo assim a autora faz jus à indenização pretendida.

Isso porque, primeiramente, deve-se ter em conta que o de cujus assinou o contrato de seguro em 02/07/2004. Há que se avaliar, assim, seu estado de saúde antes desse período.

Compulsando a documentação acostada aos autos, verifica-se que em 28/03/2005 o falecido submeteu-se a um RX de Tórax (fl. 31), onde não se constatou nenhuma anormalidade no que diz respeito ao coração (fl. 39).

Da mesma forma os exames de fls. 34/35, que apenas demonstraram aumento de peso da próstata.

O atestado de fls. 58/59 atesta que o diagnóstico da doença que levou à morte ocorreu dois dias antes desta.

A declaração de histórico médico, juntada por ambas as partes, além das afirmações destacadas pela requerida também afirma que "enquanto meu paciente, em nenhum momento foi detectada doença coronariana. Nunca relatou dor pré-cordial e o teste de esforço realizado foi negativo para isquemia com ótima capacidade física e bom prognóstico cardíaco em um ano" (fl. 91).

Por fim, os exames juntados às fls. 92/111 mostram apenas aumento de colesterol e glicose.

O que importa, entretanto, é que, ao que tudo indica, a causa mortis não tinha relação direta com as alterações físicas apresentadas. Ou, melhor dizendo, o fato de o de cujus estar passando por alguns problemas de saúde não significa dizer que tinha ciência de que era portador de doença crônica ou congênita.

Assim, a declaração de fl. 113 não pode ser tida como falsa.

E, ainda que tivesse o falecido ciência da doença que lhe causou a morte no momento da contratação do seguro, tal situação não retira, por si só, o direito dos beneficiários receberem o prêmio, porquanto não houve prova da má-fé do de cujus.

Assim, muito embora não se desconheça que o falecido sofria de doença grave, não se pode afirmar que o mesmo tinha certeza de que viria à óbito, nem tampouco em quantos anos isso iria ocorrer.

Portanto, não se pode dizer que o segurado agiu de má-fé no momento da contratação do seguro somente porque tinha conhecimento da doença que lhe possuía. Ademais, sabe-se que a boa-fé se presume, cabendo à seguradora a prova em contrário.

Com efeito, a mera omissão de moléstia preexistente de per si não prova a má-fé, ainda mais se o segurado não foi indagado a respeito pelo contratante.

Outrossim, incumbe à seguradora assegurar-se contra os fatores que aumentam o risco, procedendo a exames médicos prévios à contratação, a fim de diagnosticar se o segurado é portador de doença que o acomete gravemente ao ponto de impedir a celebração do contrato de seguro. Se assim não procedeu, como no caso em tela, não poderá simplesmente alegar a má-fé do segurado para eximir-se de sua responsabilidade em pagar o valor firmado na apólice (fls. 149/150).

Como se viu, não houve omissão de informação capaz de caracterizar a má-fé do proponente. Se omissão houve, esta foi da seguradora, que não exigiu exame algum do segurado, ainda que soubesse tratar-se de pessoa com 58 anos de idade; recebeu o valor do prêmio do seguro e, no entanto, negou-se a pagar a indenização do risco contratado.

É a linha de pensar esposada pelo Superior Tribunal de Justiça, como denotam estes recentes julgados sobre a matéria:

SEGURO. PAGAMENTO. INDENIZAÇÃO. CABIMENTO. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES. OMISSÃO DO SEGURADO. INEXISTÊNCIA.

Consoante tem-se entendido, a seguradora que não exigiu exames médicos previamente à contratação não pode eximir-se do pagamento da indenização, sob a alegação de que houve omissão de informações pelo segurado (REsp n. 596090/RS, Ministro Castro Filho, j. 03/05/2005).

SEGURO DE VIDA EM GRUPO. ÓBITO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO.

- Não pode a seguradora eximir-se do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do segurado, se dele não exigiu exames clínicos prévios. Precedentes do STJ (REsp n. 576088/ES, Ministro Barros Monteiro, j. 20/05/2004).

E, do corpo do aresto, colhe-se:

O ônus da prova nesse particular é da seguradora, uma vez que ordinariamente aceita a proposta de seguro sem exigir a realização de exames médicos, colhendo tão-só uma singela informação do interessado.

Realmente, a lei não exige a efetivação de tal exame médico prévio, tampouco alude ao questionamento sobre o estado de saúde do proponente. Mas sobreleva que, não procedendo a mencionado exame, o ônus de comprovar a má-fé do segurado é todo seu. Nessa linha, a jurisprudência desta Corte:

[...]

Igual o entendimento havido quando da apreciação dos REsp's n.s 229.078-SP, Relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar; e 198.015-GO, Relator Ministro Eduardo Ribeiro. Do primeiro dos precedentes aludidos, colhe-se a expressiva ementa, no que ora interessa:

'A empresa que explora plano de seguro-saúde e recebe contribuições de associado sem submetê-lo a exame, não pode escusar-se ao pagamento da sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado' (REsp n. 576088/ES, Ministro Barros Monteiro, j. 20/05/2004).

Destarte, era dever da seguradora diligenciar no sentido de inteirar-se a respeito do estado de saúde do contratante, pois a exigência de exames médicos é condição tida como fundamental para eximi-la do pagamento da indenização securitária no caso de óbito por doença preexistente. Se negligencia tal procedimento, assume os riscos do contrato. É que se presume, nos contratos de seguro, a boa-fé do segurado, incumbindo à seguradora o ônus da prova da omissão dolosa por parte do consumidor.

Ademais, à luz das normas de proteção do consumidor, promana a certeza de que toda e qualquer limitação de direitos há de ser examinada de modo restritivo, na preservação dos interesses do mais fraco. Em havendo dúvida, ainda que mínima, deverá ela ser interpretada em favor do consumidor. Diante disso, não é possível afirmar que o segurado tenha omitido, de forma intencional, informações a respeito de seu estado de saúde e, restando afastada a má-fé do contratante, não pode a seguradora eximir-se de sua obrigação de indenizar.

Casos similares ao tratado já foram apreciados por esta Corte:

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO – FALECIMENTO DO SEGURADO – NEGATIVA DA SEGURADORA – ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE – NÃO EXIGÊNCIA DE EXAME MÉDICO QUANDO DA ASSINATURA DA PROPOSTA – MÁ-FÉ DO SEGURADO NÃO DEMONSTRADA – OBRIGAÇÃO DA SEGURADORA DE INDENIZAR – VALOR FIXADO NA APÓLICE – SENTENÇA CONFIRMADA.

Não comprovada convincentemente a má-fé do segurado ou que a omissão acerca de doença preexistente, quando da celebração do contrato, foi intencional, considera-se válido o contrato, devendo a seguradora efetuar o pagamento da indenização, mormente por não haver exigido exames médicos prévios, antes da aceitação da proposta e do recebimento dos prêmios (Ap. Cív. n. 2004.026023-7, de Araranguá, Rel. Des. Jorge Schaefer Martins, j. 23/06/2005).

APELAÇÃO CÍVEL – ACÇÃO DE INDENIZAÇÃO – SEGURO DE VIDA – MORTE DA SEGURADA – INDICAÇÃO DO MARIDO COMO BENEFICIÁRIO – NEGATIVA DA SEGURADORA SOB O FUNDAMENTO DE DOENÇA PREEXISTENTE – ALEGAÇÃO DE MÁ-FÉ POR PARTE DA CONTRATANTE QUANDO DA FORMULAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, HAJA VISTA A OCULTAÇÃO DE DOENÇA GRAVE – INTENÇÃO MALICIOSA NÃO DEMONSTRADA – PAIRANDO DÚVIDAS ACERCA DA MÁ-FÉ DA SEGURADA, DEVE O FEITO SER RESOLVIDO A FAVOR DO BENEFICIÁRIO – RECURSO DESPROVIDO.

'Se não demonstrado convincentemente ter o segurado agido de má-fé ou que a omissão, ao prestar informações, foi intencional, o contrato é válido, devendo a seguradora efetuar o pagamento do benefício' (JC 55/208). A dúvida resolve-se em favor do segurado (JC 29/287)' (Ap. Cív. n. 99.010217-3, Des. Newton Trisotto) (Ap. Cív. n. 2003.001616-3, de Itajaí, Rel. Des. Mazoni Ferreira, j. 09/12/2004).

DIREITO DO CONSUMIDOR – RELAÇÃO DE CONSUMO – INCIDÊNCIA DO CDC – SEGURO DE VIDA EM GRUPO – NEGATIVA DE COBERTURA – PROCEDÊNCIA NO JUÍZO A QUO – [...] DOENÇA PRÉ-EXISTENTE – EXAME PRÉVIO DE SAÚDE – EXIGÊNCIA DA SEGURADORA – INOCORRÊNCIA – BOA-FÉ DO SEGURADO – PRESUNÇÃO NÃO ELIDIDA – INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE – CONTRATO ENTRE SEGURADORA E ESTIPULANTE – INFORMAÇÕES IMPRECISAS E INADEQUADAS – OCORRÊNCIA – INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR – RECEBIMENTO DOS PRÊMIOS PELA SEGURADORA COM OBRIGAÇÃO DE ASSUMIR O RISCO – SEGURO DEVIDO PELO QUANTUM PACTUADO – SENTENÇA CONFIRMADA – RECURSO IMPROVIDO.

[...] A seguradora, ao não exigir exame prévio de saúde para contratação de seguro de vida em grupo, assume os riscos inerentes ao contrato de seguro, devendo pagar a indenização em caso de sinistro, após o recebimento dos prêmios.

[...] O interesse social deve prevalecer sobre o econômico no contrato de seguro de vida e acidentes, tendo como ponto de referência o direito fundamental à saúde e bem estar da pessoa humana (Ap. Cív. n. 1998.012954-0, de Concórdia, Rel. Des. Monteiro Rocha, j. 12/08/2004).

Assim, correta a decisão de primeiro grau ao condenar a companhia seguradora a indenizar a beneficiária pela importância prevista na apólice (R\$ 30.000,00).

A apelante requer, por último, o prequestionamento de dispositivos de lei, quiçá visando à futura interposição de recurso especial. Entretanto, o juiz não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, nem a citar, textualmente, os dispositivos a que se amoldam os fatos decididos, bastando a declinação de suas motivações fáticas, devendo elas conformar-se com as normas precipitadas do Estado, sem que precise, a cada passo, na sentença, decidir uma questão e mencionar o dispositivo de lei em que se assenta a decisão. Ademais, conforme declaração do Ministro Sálvio de Figueiredo, no julgamento do Recurso Especial n. 20.474-8/SP, publicado no DJU de 01/04/1995, "[...] não é necessário que do acórdão local conste expressa referência ao artigo de lei cuja violação se pretenda arguir na via excepcional, bastando tenha havido apreciação da matéria por tal preceito disciplinada".

No mesmo sentido, extrai-se da jurisprudência desta Corte:

A pretensão ao prequestionamento de tópicos da sentença prolatada torna-se de total inocuidade, quando, além de não haver o recorrente especificado de modo preciso os aspectos do decisum que teriam afrontado os dispositivos legais dados como violados, mormente quando o conteúdo do ataque recursal foi reexaminado de modo suficiente pela instância ad quem (Ap. Cív. n. 1999.021926-7, de Coronel Freitas, Rel. Des. Trindade dos Santos, j. 05/04/2001).

Não tendo a parte recorrente especificado com precisão os aspectos decisoriais que implicariam em violação das normas legais invocadas, não há que se cogitar de possibilidade de prequestionamento, mormente quando a matéria impugnada foi abordada na sentença atacada e reexaminada na instância recursal (Ap. Cív. n. 2000.007988-0, de Palmitos, Rel. Des. Trindade dos Santos, j. 06/11/2000).

Diante do exposto, conheço do recurso interposto por Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais e nego-lhe provimento.

DECISÃO

Nos termos do voto do Relator, conheceram do recurso e negaram-lhe provimento.

O julgamento foi realizado no dia 30 de agosto de 2007 e dele participaram, com votos vencedores, os Exmos. Srs. Des. Mazoni Ferreira (Presidente) e Monteiro Rocha.

Florianópolis, 10 de setembro de 2007.

Luiz Carlos Freyesleben
RELATOR

<http://www.cc2002.com.br:80/noticia.php?id=482>