



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000076106**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1017901-85.2023.8.26.0477, da Comarca de Praia Grande, em que é apelante ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A., são apelados OMBRETA JOVANOVIĆ GALLIGANI (ESPÓLIO) e MARCELO MÁRIO GALLIGANI (INVENTARIANTE).

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 2) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ROBERTO MAC CRACKEN (Presidente sem voto), GILBERTO FRANCESCHINI E PAULO TOLEDO.

São Paulo, 31 de janeiro de 2025.

**MARA TRIPPO KIMURA**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**VOTO: 2180**

**APELAÇÃO: 1017901-85.2023.8.26.0477**

**COMARCA: PRAIA GRANDE**

**ORIGEM: 4ª VARA CÍVEL**

**JUIZ(A) 1ª INSTÂNCIA: JOÃO WALTER COTRIM MACHADO**

**APTE.: ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.**

**APDO.: ESPÓLIO DE OMBRETTA JOVANOVIC GALLIGANI REPRESENTADO POR  
MARCELO MÁRIO GALLIGANI**

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO  
PRESTAMISTA. DOENÇA PREEXISTENTE. PARCIAL  
PROVIMENTO.

**I. CASO EM EXAME**

1. Ação de cobrança securitária cumulada com indenização por danos morais, onde a sentença condenou a ré à quitação de contratos de empréstimo e ao pagamento de indenização por danos morais. A ré interpôs apelação alegando descumprimento do dever de informação sobre doenças preexistentes e questionando a existência de danos morais.

**II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO**

2. A questão em discussão consiste em determinar se a seguradora pode recusar o pagamento do seguro prestamista sob a alegação de doença preexistente não informada pelo segurado e se há direito à indenização por danos morais.

**III. RAZÕES DE DECIDIR**

3. A relação jurídica é de consumo, devendo ser analisada sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor.

4. A seguradora não comprovou que exigiu exames médicos prévios a contratação, não podendo recusar o pagamento do seguro por doença preexistente sem comprovação de má-fé do segurado. Súmula 609 STJ.

5. Danos morais não caracterizados.

**IV. Dispositivo e Tese**

5. Recurso parcialmente provido para afastar a condenação por danos morais da requerida.

**Vistos.**

Trata-se de ação de cobrança securitária cumulada com indenização por danos morais, na qual foi proferida sentença com a seguinte parte dispositiva: “*Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido, nos termos do art.*

*487, I, do Código de Processo Civil, para condenar a ré à quitação dos contratos de empréstimo nº 271523982 e 330551320000808090 e ao pagamento de indenização por danos morais ao autor no valor de R\$ 5.000,00 a título de danos morais, acrescido de correção monetária pela Tabela Prática do TJSP a partir do arbitramento, e mais juros de mora de 1% ao mês desde a citação. Sucumbente, a ré arcará com custas e despesas processuais e honorários advocatícios que arbitro em 10% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 8º, do Código de Processo Civil.” (fls. 240/244)*

Inconformada, a requerida interpôs apelação às fls. 247/259, na qual, em síntese, requer: (a) o reconhecimento de que a contratante descumpriu o dever de informação quanto a doenças preexistentes; (b) caso mantida a obrigação de indenizar, que os valores sejam limitados ao saldo devedor; (c) o reconhecimento da inexistência de danos morais.

A autora apresentou contrarrazões às fls. 265/281.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

O recurso é tempestivo, e o preparo recursal foi devidamente recolhido às fls. 260/261, conforme certidão de fl. 282.

### **É o relatório. Fundamento e decidido.**

#### **Dialeciticidade**

1 – O recurso, de maneira geral, atende ao princípio da dialeticidade. A apelação interposta pela requerida analisou a sentença dentro do mínimo exigível, afastando-se, assim, a preliminar alegada nas contrarrazões.

#### **Seguro**

2 – A parte autora alega que possuía dois empréstimos junto ao Banco Santander, ambos com cobertura de seguro prestamista, sob os números 8470/32146874 e 8496/54355451.

Diante do falecimento da segurada em 10/02/2023 (certidão de óbito – fl. 11), em decorrência de sepse de foco urinário, broncoaspiração e choque hipovolêmico, o requerente solicitou a cobertura do sinistro à requerida, sob o número SIN-371629.

No entanto, o pedido foi negado sob a justificativa de que a

causa mortis estaria relacionada a doença preexistente à contratação do seguro, o que, supostamente, contraria as condições gerais da apólice. A parte autora não concorda com essa alegação, sustentando que a causa do óbito decorreu de complicações advindas de uma queda da própria altura, conforme relatório médico (fl. 24). Em 29/11/2022, a segurada sofreu uma fratura no fêmur esquerdo após uma queda domiciliar, necessitando de cirurgia ortopédica. Contudo, seu quadro clínico piorou progressivamente, resultando em seu falecimento pouco mais de dois meses após o ocorrido.

A certidão de óbito anexada aos autos confirma que o óbito decorreu de um quadro de inflamação generalizada.

É incontestável a relação de consumo entre as partes, submetendo o presente pleito à aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Com efeito, ambas se enquadram nos conceitos de “consumidor” e “fornecedor” estabelecidos na legislação consumerista.

Além disso, aplica-se ao caso a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça, que estabelece: “*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.*”

Dessa forma, cabia à instituição financeira demonstrar que exigiu exames médicos no momento da contratação ou que a segurada agiu de má-fé, conforme previsto no artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil. No entanto, tal ônus probatório não foi cumprido.

Na contestação (fls. 50/63), a requerida sustenta que a segurada agiu de má-fé ao omitir a existência de doença preexistente no momento da contratação. No entanto, a certidão de óbito (fl. 11) e o relatório de alta médica (fl. 24) corroboram a alegação da parte autora de que a segurada sofreu uma queda, fraturou o fêmur e, em decorrência das complicações do quadro clínico, veio a falecer.

Os documentos apresentados pela requerida não comprovam a suposta má-fé da segurada. O parecer médico de fl. 99, que menciona a existência de doença preexistente, foi elaborado por profissional vinculado à própria requerida e **datado de 05/05/2023, no mesmo dia em que a seguradora recusou a cobertura**

**do sinistro (fls. 20/21).** Isso demonstra que o documento foi produzido após a morte da segurada e não no momento da contratação.

Além disso, a requerida manifestou **desinteresse na produção de provas (fl. 226)**, limitando-se a alegar que a segurada omitiu doenças preexistentes, sem apresentar qualquer evidência incontestável de má-fé. Também não há prova de que, no momento da contratação, tenha sido exigida a realização de exames médicos para verificar o estado de saúde da segurada.

Assim, diante da ausência de comprovação de má-fé e da inexistência de exigência prévia de exames médicos, a negativa da seguradora torna-se injustificada, impondo-se o reconhecimento do direito da parte autora à cobertura securitária nos termos contratados (fls. 95/96 e 97/98), em conformidade com a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça.

Nesse sentido, esta Turma:

*DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO PRESTAMISTA. PARCIAL PROVIMENTO. I. Caso em Exame 1. Recurso de apelação interposto pelo Espólio de Paulo de Tarso Pereira Moraes contra sentença que julgou improcedentes os pedidos de pagamento de seguro prestamista após o falecimento do segurado, alegando negativa de cobertura por doença pré-existente. O autor busca a reforma da sentença para condenar a seguradora ao pagamento do prêmio contratado e à devolução em dobro dos valores pagos após a morte do segurado, além de indenização por danos morais. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a seguradora pode recusar o pagamento do seguro prestamista sob a alegação de doença pré-existente não informada pelo segurado e se há direito à devolução em dobro dos valores pagos após o óbito. III. Razões de Decidir 3. A relação jurídica é de consumo, devendo ser analisada sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, que protege a vulnerabilidade do consumidor. 4. A seguradora não exigiu exames médicos prévios, assumindo o risco inerente à sua atividade, não podendo recusar o pagamento do seguro por doença preexistente sem comprovação de má-fé do segurado. 5. A recusa da cobertura securitária se mostrou ilícita, ensejando a devolução em dobro dos valores pagos indevidamente após o falecimento do segurado. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso parcialmente provido. A seguradora é condenada a realizar a quitação do contrato de financiamento e a pagar o saldo remanescente ao autor;*

*enquanto as rés, solidariamente, devem restituir em dobro os valores pagos após o falecimento do segurado. Tese de julgamento: 1. A ausência de exames médicos prévios impede a recusa de pagamento do seguro por doença preexistente. 2. A restituição em dobro do indébito é devida quando a cobrança consubstancia conduta contrária à boa-fé objetiva. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, arts. 4º, I, 6º, VIII, 7º, parágrafo único, 25, § 1º, 42, parágrafo único. Código de Processo Civil, art. 85, § 2º. Jurisprudência Citada: STJ, Súmula 609. TJSP, Apelação Cível nº 1006695-73.2021.8.26.0597, Rel. Flávio Cunha da Silva, j. 14.10.2022. TJSP, Apelação Cível nº 1001081-91.2021.8.26.0531, Rel. Fernando Sastre Redondo, j. 22.09.2022. TJSP, Apelação Cível nº 1002188-32.2021.8.26.0189, Rel. Mario de Oliveira, j. 06.04.2022. (TJSP; Apelação Cível 1000344-57.2023.8.26.0066; Relator (a): Gilberto Franceschini; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 2); Foro de Barretos - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/01/2025; Data de Registro: 27/01/2025) (grifo nosso)*

Nesse sentido, este Núcleo de Justiça 4.0:

*APELAÇÃO – Contrato de seguro prestamista – Contrato de empréstimo atrelado ao seguro prestamista para quitação do débito – Ação de cobrança – Ausente comprovação de que foram prestadas declarações falsas, de forma deliberada, com a finalidade de influir no valor do prêmio ou na aceitação da proposta do seguro – Hipótese em que a seguradora não comprovou a alegada má-fé, tampouco exigiu exames prévios à contratação – **Ao dispensar exame clínico prévio, a seguradora assume o risco pelo sinistro, não lhe cabendo eximir-se do dever de indenizar, sob a alegação de omissão de informações relevantes quando da celebração do contrato de seguro – Súmula 609 do C. STJ – Inexistindo prova do deliberado propósito de enganar, patente o dever de indenizar** – Precedentes – Sentença mantida – Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1039842-80.2018.8.26.0602; Relator (a): João Battaus Neto; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 2); Foro de Sorocaba - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/08/2024; Data de Registro: 15/08/2024) (grifo nosso)*

### Do Capital Segurado e do Limite de Indenização

3 – As alegações da requerida não merecem provimento.

Por sua própria natureza, o seguro prestamista tem a finalidade de quitar o saldo devedor do contrato de empréstimo em caso de ocorrência de um dos eventos previstos na apólice. Dessa forma, a cobertura deve abranger o pagamento do saldo devedor, uma vez que, conforme estipulado contratualmente, o capital segurado deve ser equivalente ao valor da obrigação à qual o seguro está vinculado.

Confira-se a cláusula 10.1 do contrato celebrado entre as partes (fl. 124): “*Este seguro vigorará sobre a modalidade de capital segurado vinculado, no qual o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação ao qual o seguro esta atrelado, sendo este alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.*” (grifo nosso)

E, também, a cláusula 10.3 (fl. 124): “*O capital segurado está diretamente ligado ao valor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.*” (grifo nosso)

Logo, a previsão de capital segurado na quantias de R\$ 46.095,12 (fls. 95/96) e R\$18.036,67 (fls. 97/98) não observou à disciplina contratual vigente e, na ambiguidade, a interpretação das cláusulas deve ser a favor do consumidor aderente, conforme determina o art. 47, do Código de Defesa do Consumidor. Nesse sentido, a jurisprudência deste E. Tribunal de Justiça:

*“Seguro prestamista e de vida vinculados a contratos de financiamento de veículos automotores. Demanda declaratória de inexigibilidade de débito, com pedidos cumulados de cobrança de seguro e de indenização de dano moral. Sentença de procedência parcial, que condenou a seguradora a pagar o saldo devedor de financiamentos e a pagar o valor do saldo remanescente ao espólio, respeitado o limite máximo da indenização, e a instituição financeira a providenciar a baixa nos gravames. Recurso que se insurge contra a quantificação do valor do saldo remanescente a ser pago ao autor. Sob alegação de que este deve ser limitado ao capital segurado. Inadmissibilidade, à luz da interpretação dos contratos. Sentença Mantida. Recurso desprovido” (TJSP; Apelação Cível 1000319-53.2019.8.26.0464; Relator Des. Campos Mello;*



*Órgão Julgador: 22ª Câmara de Direito Privado; Foro de Pompéia - 1ª Vara; Data do Julgamento: 13/02/2020; Data de Registro: 13/02/2020) (grifo nosso)*

*APELAÇÃO. COBERTURA SECURITÁRIA. SEGURO PRESTAMISTA. Sentença de parcial procedência. Recurso das rés. Pretensão de limitação da responsabilidade ao capital segurado. Impossibilidade. Pela própria natureza, o seguro prestamista se destina à quitação do saldo devedor do contrato de empréstimo. Na hipótese, conforme previsão contratual, o capital segurado deve ser igual ao valor da obrigação ao qual o seguro está atrelado. Interpretação das cláusulas da maneira mais favorável ao consumidor. Art. 47, do CDC. Precedente deste E. Tribunal de Justiça. SENTENÇA MANTIDA. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TJSP; Apelação Cível 1119646-12.2022.8.26.0100; Relator (a): Fábio Podestá; Órgão Julgador: 21ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 21ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/12/2023; Data de Registro: 11/12/2023) (grifo nosso)*

## **Dos Danos Morais**

4 – Por fim, no que se refere ao pedido de indenização por danos morais, merece provimento o recurso da requerida.

Não se verifica que a recusa de cobertura securitária tenha causado abalos significativos à vida íntima e privada da herdeira, tampouco que justifique a aplicação da teoria do desvio produtivo do consumidor. Salvo em situações excepcionais, a depender da natureza e do objeto do contrato, o inadimplemento decorrente da frustração da expectativa de receber a indenização securitária, embora possa gerar aborrecimentos e desconforto, por si só, não configura dano moral indenizável.

No caso em questão, trata-se unicamente de uma relação jurídica frustrada, uma circunstância comum na vida em sociedade, sem qualquer demonstração de fato específico que tenha atingido os direitos da personalidade da parte autora. Assim, inexistindo desdobramentos relevantes ou efetivos decorrentes da recusa dos réus, não há como afastar o entendimento de que o mero inadimplemento contratual ou a interpretação equivocada de cláusula contratual não



enseja a reparação por danos morais.

Nesse sentido:

*Apelação. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Seguro prestamista. Morte do segurado que decorreria de doenças pré-existentes não informadas na contratação. Negativa de cobertura. Parcial procedência. Inexistência de prova de omissão do segurado. Não comprovado questionamento das condições de saúde ou solicitação de exames antes da adesão. Simples existência de cláusula das condições gerais do contrato não basta para eximir a seguradora do dever de cobertura. Súmula 609 (STJ). Danos morais não configurados. Mero inadimplemento contratual. Majoração de honorários. Recursos da autora e da requerida improvidos, sentença mantida. (TJSP; Apelação Cível 1028239-70.2019.8.26.0506; Relator (a): Rui Porto Dias; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma V (Direito Privado 2); Foro de Ribeirão Preto - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/10/2024; Data de Registro: 30/10/2024) (grifo nosso)*

**Dessa forma, a sentença deve ser reformada apenas para afastar a condenação da requerida ao pagamento de indenização por danos morais.**

Considerando o parcial provimento do recurso, aplica-se ao caso o Tema Repetitivo 1059 do Superior Tribunal de Justiça, razão pela qual as determinações da sentença quanto aos honorários sucumbenciais permanecem inalteradas.

Finalmente, apenas para evitar futuros questionamentos desnecessários, tenho por expressamente ventilados, neste grau de jurisdição, todos dispositivos legais e constitucionais citados em sede recursal.

Observo ainda que a função do julgador é decidir a lide de modo fundamentado e objetivo, portanto desnecessário o enfrentamento exaustivo de todos os argumentos elaborados pelas partes.

Isto posto, pelo meu voto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso.



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**MARA TRIPPO KIMURA**  
**Relatora**