


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min
SENTENÇA

Processo Digital nº: **1004008-66.2014.8.26.0566**
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum - Indenização por Dano Material**
 Requerente: **DALVA GOMES FERNANDES**
 Requerido: **Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais**

Vistos.

Dalva Gomes Fernandes ajuizou ação de indenização securitária e por danos morais contra **Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais** alegando, em síntese, ter contratado junto à ré a apólice seguro nº 65.1381.52141 para cobertura por morte acidental, invalidez permanente total ou parcial por acidente, diárias por incapacidade temporária e assistência funeral. Afirmou ter sofrido um acidente em 16 de abril de 2012, quando caiu na escada de sua residência por aproximadamente dez degraus, sendo afastado por seu médico temporariamente de duas atividades. Por isso, disse ter aberto junto à ré o sinistro nº 1/156/2012 enviando toda a comunicação necessária, tendo recebido a informação de que seriam pagas a ela o valor correspondente a 25 (vinte e cinco) diárias, o que está em desacordo com o contrato, onde lhe era garantido o pagamento de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias. Afirmou que, novamente, caiu em sua residência no dia 12 de junho de 2013, fato que afetou gravemente sua coluna cervical, joelho direito e ombro esquerdo. Por isso, procedeu à nova abertura de sinistro, que recebeu o número 1/151/2013. Disse que a indenização foi negada, tendo a ré se contradito, sendo-lhe comunicado posteriormente que o pagamento da indenização decorrente do acidente que lhe causou as lesões no joelho e na coluna foi realizado em 06 de junho de 2013, no valor de R\$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais), ou seja, limitado a 18,75% do valor contratado. Alegou que os acidentes lhe causaram incapacidade para o trabalho e que a ré age de má-fé em deixar de efetuar os pagamentos devidos. Imputou à ré, ainda, a conduta injustificável de ter cancelado o contrato de seguro entre elas celebrado. Em decorrência de todos estes fatos, alegou ter sofrido dano moral, o que deve ser indenizado em conjunto com as indenizações previstas no contrato de seguro, em relação às quais postulou a



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE SÃO CARLOS

FORO DE SÃO CARLOS

1ª VARA CÍVEL

R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

condenação da ré. Juntou documentos.

A ré foi citada e contestou o pedido alegando, em preliminar, a prescrição de uma das pretensões da autora. No mérito, alegou que a autora recebeu na totalidade as diárias devidas pelo acidente com ela ocorrido no ano de 2012, pois deve ser observado o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco), sendo certo que a comunicação enviada à seguradora informando sobre o pagamento final de 25 diárias se referia às últimas e não únicas devidas. Em relação ao segundo aviso de sinistro aberto pela autora, argumentou que o pagamento da indenização foi realizado de acordo com o grau de incapacidade, com base nos documentos médicos apresentados, limitando-se o valor do *quantum* entregue à autora em R\$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais). No tocante ao terceiro sinistro aberto pela autora, onde ela pleiteava o pagamento de diárias por incapacidade temporária (número 309/2013) disse que o pedido foi negado por se tratar de risco não coberto pelo contrato, pois a justificativa se baseou em doenças preexistentes não informadas pela autora quando da celebração do contrato de seguro, o que lhe retira o direito de receber qualquer valor. O cancelamento do contrato se deu justamente pela falta de veracidade nas informações prestadas pela autora com base em cláusula contratual expressa. Por fim, discorreu sobre a inexistência de danos morais e pugnou pela improcedência do pedido. Juntou documentos.

A autora apresentou réplica.

O feito foi saneado, determinando-se a realização de prova pericial, cujo laudo foi acostado aos autos, tendo as partes apresentado suas manifestações, encerrando-se a instrução processual com posterior oferecimento de alegações finais.

É o relatório.

Fundamento e decido.

O pedido é improcedente.

De início, anoto a inoccorrência da prescrição no tocante ao pedido de indenização das diárias previstas no contrato de seguro celebrado entre a autora e a ré (sinistro 156/2012).

O artigo 206, § 1º, inciso II, do Código Civil, impõe o prazo prescricional de um ano para a pretensão do segurado contra o segurador. Deste modo, tratando-se de ação


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

de cobrança de indenização fulcrada em contrato de seguro, como é o caso dos autos, não remanescem dúvidas quanto ao prazo estabelecido.

Cabe anotar que o pedido administrativo feito à seguradora, segundo amplo precedente jurisprudencial, suspende o prazo ânuo previsto na lei civil. É o que dispõe a Súmula 229, do colendo Superior Tribunal de Justiça: *o pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão*. Deste modo, considerando os documentos colacionados, constata-se que a abertura do sinistro se deu em 24/04/2012, ao passo que o acidente ocorreu em 16/04/2012 (fl. 240).

Por outro lado, a comunicação de negativa de pagamento das diárias foi recebida pela seguradora em 25/04/2013 (aviso de recebimento de fl. 247), motivo pelo qual ela teria até 17/05/2014 para ajuizar a presente demanda, considerando-se e descontando-se o período em que a prescrição ficou suspensa desde a formulação do pedido administrativo, tudo com base no entendimento sumulado acima referido, tendo esta ação sido ajuizada em 14/05/2014, respeitando-se o prazo prescricional, o que inviabiliza o acolhimento desta alegação defensiva.

No entanto, não se pode deixar passar despercebido que o pagamento destas diárias se deu de forma integral, nos termos do contrato. O item 1.3, do título "condição especial para cobertura adicional de diária por incapacidade temporária" (fl. 24) prevê uma limitação no número de diárias a serem pagas nesta hipótese coberta pela apólice, limitando-as a 365 (trezentos e sessenta e cinco).

A autora afirma na inicial que a seguradora apenas efetuou o pagamento de 25 (vinte e cinco) diárias, o que está dissociado dos documentos existentes nos autos. O próprio período de tempo decorrido entre a dedução do pedido administrativo (24/04/2012) e a resposta da seguradora (08/04/2013, recebida em 25/04/2013 pela autora – fls. 244 e 246) é indicativo de que, neste interregno, os valores realmente foram pagos à autora, tratando-se esta última comunicação de informação de que o limite fora atingido e que, portanto, esta pretensão já estaria "liquidada". O parecer administrativo elaborado pela ré (fl. 247) e não impugnado especificamente pela autora, dá conta dos pagamentos efetuados e dos períodos aos quais eles se referiam, o que demonstra o pagamento integral desta


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

parcela, não se podendo acolher o pedido da autora para indenização dos supostos 340 (trezentos e quarenta) dias que deixaram de ser pagos.

A autora relata na inicial ter sofrido um segundo acidente em sua residência, agora em 12 de junho de 2013, o que ensejou a abertura de um novo sinistro junto à seguradora, dizendo que o pagamento das diárias por incapacidade temporária, no total de 340 (trezentos e quarenta), foi indeferido sob a alegação de patologia preexistente ao contrato de seguro, bem como por se tratar de incapacidade definitiva, o que não lhe daria direito ao recebimento desta indenização prevista na apólice (petição inicial – fl. 03).

A exordial peca pela confusão na descrição dos fatos, sendo necessário um esforço quase que hercúleo na verificação dos documentos para que se possa compreender os pleitos por ela deduzidos.

A ré afirmou que um segundo aviso de sinistro comunicado pela autora, **relativo ao acidente ocorrido em abril de 2012**, deu ensejo ao pagamento de uma indenização limitada ao patamar de 18,75% da importância segurada (fls. 79 e 214/220 da contestação).

Não há cópia do pedido administrativo relativo a esta abertura, o que não foi providenciado nem pela autora nem pela ré. Existe apenas a resposta da seguradora apontando o pagamento da indenização de forma limitada (fl. 79). A autora apenas juntou parte de um terceiro pedido (fl. 99), posterior à resposta concedida pela ré, cujo complemento foi por ela juntado aos autos (fls. 264/265), de onde se depreende que a seguradora pleiteou o recebimento de diárias por incapacidade temporária em razão do segundo acidente ocorrido em 12 de junho de 2013.

Neste passo, também não se pode desconhecer que a seguradora já efetuou o pagamento da indenização devida à autora em razão da invalidez constatada, **relacionada ao primeiro acidente ocorrido em abril de 2012**, nos exatos limites da importância constante da apólice (18,75%), no valor de R\$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais), de acordo com o grau de incapacidade apresentado e admitido pela seguradora na esfera administrativa (fl. 367).

Entretanto, há um terceiro pedido administrativo formulado pela autora em 09 de outubro de 2013, o qual se referia ao acidente ocorrido em 12 de junho do mesmo


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

ano (fls. 264/265), o qual foi indeferido pela ré sob o argumento de que a autora o fundamentou não em razão do acidente ocorrido, mas sim em doenças preexistentes à celebração do contrato e que não foram declaradas quando do preenchimento da declaração de saúde (fl. 80), o que retirava dela o direito ao recebimento da indenização prevista na apólice.

E, neste ponto, a recusa foi legítima.

O artigo 766, *caput*, do Código Civil, é de meridiana clareza ao dispor que *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*.

O dispositivo é reflexo da boa-fé contratual objetiva imposta a todos os contratantes, pois é dever do segurado informar o segurador, com veracidade e exatidão, todas as possíveis causas de seu conhecimento que possam influir nos termos da contratação, tais como tempo de carência, coberturas, valor do prêmio e da indenização, ou seja, sobre os elementos básicos do contrato de seguro e influenciáveis pelas características pessoais de cada contratante, às quais cabe ao segurado dar conhecimento amplo ao segurador.

Em virtude dessa obrigação contratual e legal, conforme ensina **Arnaldo Rizzardo**: *a exigência é imposta na conclusão e durante a execução, o que importa no dever de veracidade, não omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta na fase das tratativas, mantendo-se essa conduta no iter contractus, de modo a manter uma conduta apropriada e apta para não incidir nos eventos que podem levar ao sinistro. [...] O segurador, antes de aceitar o risco, que irá assumir, necessita dos mais amplos dados, a fim de aquilatar tais riscos. A declaração falsa pode influir na fixação de uma taxa diversa da que se estabeleceria caso conhecidas as condições em que se encontrava o segurado, ou o objeto segurado* (Contratos, 12 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, pp. 832-833).

Como se vê, a médica da segurada autora, ao preencher o pedido ora em análise, arrolou como diagnóstico e causa do acidente "HD, Síncope + HAS", expressões referentes a patologias ligadas a problemas cardíacos, dos quais ficou devidamente


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

comprovado nos autos que autora sofre, embora tenha afirma este fato de forma negativa ao preencher a declaração de saúde prestada à seguradora no início da contratação (fls. 269/272).

O contrato de seguro foi firmado em 02 de abril de 2012. As informações extraídas do prontuário médico da autora junto à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos revelam que ao menos desde agosto de 2011 ela foi diagnosticada com "outras doenças isquêmicas agudas do coração", sendo submetida ao procedimento denominado cateterismo cardíaco (fls. 273/274), para além dos relatórios médicos por ela mesmo juntados na inicial (fls. 81/82) demonstrarem a conclusão médica a respeito da hipertensão arterial sistêmica observada no exame dos batimentos cardíacos da parte autora.

Então, está bem demonstrada a plena ciência da autora acerca das patologias que a acometiam e, mesmo assim, deixou de prestar informações verídicas à seguradora no ato da contratação, o que seria de fundamental importância, pois estas condições peculiares da autora poderiam influenciar na ocorrência dos eventos cobertos pelo contrato, o que de fato ocorreu.

O laudo pericial foi expresso ao afirmar que *os resultados obtidos na ressonância magnética de coluna lombar são compatíveis com doença degenerativa da coluna vertebral sem qualquer nexo com o trauma decorrente dos acidentes narrados na inicial, e também, não traduzem qualquer incapacidade física plausível de mensuração ao nível de indenizações pela seguradora. Quanto ao exame do joelho direito este deve ser considerado a caracterização da existência de perda funcional em grau mínimo decorrente ao trauma sofrido. Há elementos fáticos suficientes nos autos para caracterizar o nexo causal com o acidente sofrido em 12/06/2013.* Mais à frente, concluiu o expert que a pessoa examinada possui invalidez parcial e permanente de $(4\% + 6,25\% = 10,25)$ sobre o total da apólice decorrente as sequelas traumáticas com nexo causal frente ao acidente sofrido em 12/06/2013 (fl. 336).

O perito concluiu que a causa da queda da autora, em relação ao acidente ocorrido em 12 de junho de 2013, foi uma patologia cardiológica (Sincope) – resposta aos quesitos 5 e 6 da ré (fl. 337). Ou seja, há correlação direta entre os dados omitidos pela


TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO CARLOS
FORO DE SÃO CARLOS
1ª VARA CÍVEL
R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

segurada e o evento danoso com ela ocorrido, o que impede o pagamento da indenização prevista na apólice, nos termos do dispositivo legal acima mencionado, sendo certa a legitimidade da recusa da ré.

Neste sentido, o colendo Superior Tribunal de Justiça já assentou que: *DIREITO CIVIL. INDENIZAÇÃO DECORRENTE DE CONTRATO DE SEGURO. No contrato de seguro de vida e acidentes pessoais, o segurado não tem direito à indenização caso, agindo de má-fé, silencie a respeito de doença preexistente que venha a ocasionar o sinistro, ainda que a seguradora não exija exames médicos no momento da contratação. Isso porque, quando da contratação de um seguro de vida, ao segurado cabe o dever de fazer declarações verídicas sobre seu real estado de saúde, cujo conteúdo é determinante para a aceitação da proposta, bem como para a fixação do prêmio. Ademais, o CC destaca a necessidade de boa-fé para as relações securitárias (art. 765), além de estar presente como cláusula geral de interpretação dos negócios jurídicos (art. 113) e como diretriz de observância obrigatória na execução e conclusão de qualquer contrato (art. 422). Sendo assim, a seguradora só pode se eximir do dever de indenizar, alegando omissão de informações por parte do segurado, se dele não exigiu exames clínicos, caso fique comprovada sua má-fé. (AgRg no REsp 1.286.741-SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 15/8/2013).*

Como consectário lógico, o cancelamento do contrato por parte da seguradora também se afigurou lícito. Ademais, não há pedido da autora a respeito de eventual diferença do prêmio a que ela teria direito, sendo incontroverso que a seguradora ainda lhe efetuou a restituição de parte do valor pago em razão do cancelamento baseado na violação ao dever contratual de informação.

Por fim, como não se vislumbrou a prática de ato ilícito por parte da ré, não há que se falar na caracterização de dano moral indenizável, motivo pelo qual este pedido também não pode ser acolhido.

Ante o exposto, **julgo improcedente o pedido, extinguindo-se o processo, com resolução do mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil.**

Condeno a autora ao pagamento das custas e despesas processuais, além de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE SÃO CARLOS

FORO DE SÃO CARLOS

1ª VARA CÍVEL

R. SORBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-760

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil, respeitado o disposto no artigo 98, § 3º, do mesmo diploma legal.

Publique-se e intime-se.

São Carlos, 08 de março de 2017.

Daniel Luiz Maia Santos

Juiz de Direito

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,
CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**