



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO CARLOS**  
**FORO DE SÃO CARLOS**  
**5ª VARA CÍVEL**  
**RUA SOURBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-970**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**SENTENÇA**

Processo Digital nº: **1005129-61.2016.8.26.0566**  
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum - Seguro**  
 Requerente: **Espólio de Edivaldo da Silva**  
 Requerido: **Cardif do Brasil Vida e Previdencia Sa e outro**

Justiça Gratuita

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **Daniel Luiz Maia Santos**

**Vistos.**

**Alessandra Vick da Silva** ajuizou ação de cobrança de indenização securitária contra **Cardif do Brasil Vida e Previdência S/A e BV Financeira S/A** alegando, em síntese, ser viúva do Sr. Edivaldo da Silva, falecido em 25.10.2014. Disse que o falecido firmou contrato de financiamento de veículo com a segunda ré, contratando em conjunto seguro de proteção financeira com a primeira, o qual previa o pagamento do saldo devedor na data do evento, sem englobar parcelas em atraso e encargos, limitado ao valor de R\$ 25.000,00. Com o falecimento do segurado, apresentou os documentos à seguradora para pagamento da indenização, a qual foi negada sob o argumento de que o segurado faleceu em razão de doença preexistente não informada no ato da contratação. Afirmou que não houve má-fé, pois o seu marido faleceu com apenas trinta e seis anos de idade e não tinha conhecimento de nenhuma patologia que pudesse levá-lo à morte, inexistindo qualquer diagnóstico à época da celebração do contrato. Ainda, as rés não realizaram nenhuma exame para verificar as condições de saúde do segurado e por isso é de rigor o pagamento da indenização. Pediu, ao final, a condenação das rés ao pagamento da indenização à autora, no valor de R\$ 25.000,00, com os acréscimos legais. Juntou documentos.

As rés foram citadas e contestaram o pedido.

A **BV Financeira S/A** alegou, em preliminar, ilegitimidade passiva, na medida em que existem relações distintas entre ela e a seguradora, a despeito da contratação no mesmo instrumento contratual. Disse que a recusa do pagamento se deu com base na cláusula contratual que exclui o pagamento em casos de doença preexistente


**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**
**COMARCA DE SÃO CARLOS**
**FORO DE SÃO CARLOS**
**5ª VARA CÍVEL**
**RUA SOURBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-970**
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

não informada pelo segurado, o que foi avaliado pela seguradora, de modo que ela não praticou qualquer ato ilícito. Discorreu sobre a distinção entre a responsabilidade da seguradora e da financeira. Postulou a extinção do processo, sem resolução do mérito, em razão da ilegitimidade de parte ou então, no mérito, a improcedência do pedido. Juntou documentos.

A **Cardif do Brasil Vida e Previdência S/A** alegou, em preliminar, a ilegitimidade ativa da autora, pois não confirmou ser a única herdeira do falecido. No mérito, discorreu sobre o contrato celebrado, na medida em que o seguro prestamista se conceitua por garantir, dentro dos limites fixados, o pagamento de parcelas determinadas do contrato de financiamento do segurado, ao estipulante titular do crédito, do qual o segurado é devedor, em caso de ocorrência de sinistro, desde que coberto pelas garantias contratadas. Como em qualquer contrato de seguro, impera a necessária boa-fé dos contratantes, de modo que se o segurado declarou gozar de perfeita saúde quando da contratação não haveria qualquer motivo para a realização de exames médicos. Assim, a negativa do pagamento da indenização se deu com base na exclusão da cobertura em virtude de a morte ter ocorrido por doença preexistente e não informada no ato da contratação. Na documentação enviada à seguradora, constou que o segurado era portador da doença de Crohn há mais de doze anos e por isso a declaração dele de que estava em perfeito estado de saúde não estava de acordo com a realidade, ferindo a boa-fé das declarações à seguradora. Logo, o fundamento da negativa de cobertura está de acordo com o contrato celebrado entre as partes e deve permanecer como válida. Discorreu que em caso de acolhimento do pedido, o pagamento estaria limitado ao saldo devedor existente à época da morte, limitado a R\$ 25.000,00. Pediu, ao final, a improcedência do pedido. Juntou documentos.

A autora apresentou réplica.

Foi proferida decisão de saneamento do processo acolhendo a preliminar de ilegitimidade ativa da autora e possibilitado a ela que emendasse a inicial, a fim de fosse substituída pelo espólio do falecido; ainda, foi afastada a alegação de ilegitimidade passiva arguida pela ré BV Financeira S/A; determinou-se a produção de prova pericial, fixando-se os pontos controvertidos.


**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**
**COMARCA DE SÃO CARLOS**
**FORO DE SÃO CARLOS**
**5ª VARA CÍVEL**
**RUA SOURBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-970**
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

O Espólio de Edivaldo da Silva passou a ocupar o polo ativo da demanda; o laudo pericial foi juntado aos autos e as partes se manifestaram em alegações finais, reafirmando suas posições.

**É o relatório.**
**Fundamento e decido.**

O pedido é improcedente.

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).

No caso em apreço, vê-se que o segurado aderiu à proposta do seguro em 02.10.2014 (fls. 210/211) ao passo que o óbito ocorreu no dia 25.10.2014 (fl. 31). Nesta declaração, ele afirmou estar em perfeito estado de saúde. O parecer médico elaborado administrativamente pela seguradora já havia apontado que o falecido fora submetido a três


**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**
**COMARCA DE SÃO CARLOS**
**FORO DE SÃO CARLOS**
**5ª VARA CÍVEL**
**RUA SOURBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-970**
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

cirurgias em razão de ser portador da denominada doença de Crohn (fl. 213), o que acabou o levando a óbito.

O laudo pericial estabeleceu o nexo causal entre o óbito e a doença da qual o segurado era portador (fls. 612/615). Ainda, a conclusão do médico perito oficial foi no sentido de que ele era portador dessa patologia há treze anos, o que não foi questionado pela parte autora. Além disso, a proximidade entre a celebração do contrato e óbito, considerando que o falecido era pessoa jovem (trinta e seis anos de idade) é forte indicativo de que ele não estava em seu perfeito estado de saúde, conforme declarado à seguradora. Os documentos médicos relativos ao período em que ele esteve internado, dias antes do seu falecimento, revelam a gravidade da doença que o acometia, pois se constata a frequente realização de exames e internações no período compreendido entre 05.10.2014 até o óbito em 25.10.2014 (fls. 246/592).

Em razão dessa omissão, está justificada a negativa da seguradora em pagar a indenização prevista no contrato de seguro. Ainda que não realizados prévios exames médicos para constatar a veracidade das informações prestadas, isto não exclui o dever do segurado de agir com boa-fé no ato da contratação. Ora, se ele já era portador da doença, do que não se pode alegar ignorância em razão do tempo de existência da patologia, não poderia ter afirmado que seu estado de saúde era bom. Tanto isso não era verdade, que pouco mais de três dias da celebração do contrato iniciou-se toda sua jornada de exames e internações.

O colendo Superior Tribunal de Justiça comunga deste entendimento: *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*



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO CARLOS**  
**FORO DE SÃO CARLOS**  
**5ª VARA CÍVEL**  
**RUA SOURBONE, 375, São Carlos - SP - CEP 13560-970**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

*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**, julgado em 15/8/2013).*

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 parte autora ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, na proporção de metade para cada ré, nos termos e de acordo com os critérios do artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil, respeitado o disposto no artigo 98, § 3º, do mesmo diploma legal.

Oportunamente, ao arquivo.

Publique-se e intime-se.

São Carlos, 14 de dezembro de 2017.

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