

# Documento sem login

Visualização pública de documento processual por chave de acesso.

Este documento é apresentado conforme o conteúdo disponibilizado pelo sistema de origem.



ESTADO DE MATO GROSSO  
PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DE TERRA NOVA DO NORTE

---

## SENTENÇA

**Processo:** 1001034-75.2025.8.11.0085.

**ESPÓLIO:** -----

**REPRESENTANTE:** -----

**REU:** -----

|                  |
|------------------|
| <b>RELATÓRIO</b> |
|------------------|

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Prestamista c/c com Indenização por Danos Morais proposta pelo **Espólio de** -----, devidamente representado por sua inventariante, senhora -----, em face de -----, todos qualificados nos autos.

Em sua petição inicial (ID 213054879), a parte autora sustentou, em síntese, que o falecido ----- celebrou contrato de financiamento rural, consubstanciado na Cédula Rural Hipotecária nº 246900300052, perante a instituição financeira Banco ----- (Brasil) S.A., vinculando-se à referida operação a adesão a seguro prestamista garantido pela seguradora requerida, formalizado sob a apólice nº 2001 e certificado individual nº 549306478. Aduziu a demandante que o contrato de seguro prestamista tinha por escopo assegurar a quitação integral ou amortização do saldo devedor decorrente do mútuo bancário na hipótese de ocorrência de sinistro coberto, contemplando

expressamente a garantia para o evento de morte por qualquer causa, fixada até o limite da importância segurada de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

Relatou a inventariante que o segurado veio a óbito na data de 03 de dezembro de 2024, em razão de infarto fulminante, insuficiência cardíaca, cardiopatia e obesidade, conforme atesta a respectiva certidão de óbito coligida aos autos (ID 213054884). Informou que, encontrando-se a apólice plenamente vigente e em situação de regularidade à época do passamento, a inventariante procedeu à imediata formalização do aviso de sinistro perante a sociedade seguradora, registrado sob a identificação SIN-1514451.

Contudo, na data de 02 de janeiro de 2025, a requerida comunicou o indeferimento administrativo da regulação e recusou o pagamento da indenização securitária (ID 213054889), sob a justificativa de que o evento morte decorreria de moléstia supostamente preexistente à contratação do pacto, sustentando que o contratante teria prestado declaração inexata de hígidez no momento do preenchimento da proposta. Defendeu a parte requerente a flagrante ilicitude e abusividade da negativa perpetrada, argumentando a incidência do Código de Defesa do Consumidor e o entendimento consolidado na Súmula 609 do STJ, uma vez que a seguradora demandada dispensou a realização de qualquer exame médico prévio à admissão do segurado e não comprovou a existência de má-fé.

Ressaltou que o proponente respondeu com fidelidade ao formulário padronizado fornecido pela seguradora, declarando ostensivamente sua compleição física com Índice de Massa Corporal (IMC) correspondente a 42, caracterizador de obesidade grau III, e que as cirurgias e procedimentos cardiológicos prévios ocorreram em período consideravelmente anterior à janela temporal de cinco anos perquirida na proposta contratual.

Asseverou que a injustificada recusa deflagrou severos constrangimentos à família enlutada e à viúva meeira, a qual passou a ser reiteradamente interpelada e cobrada pela instituição credora em virtude do inadimplemento da dívida que deveria ter sido quitada pelo seguro, postulando a condenação da seguradora ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Postulou, ao final: a concessão do parcelamento das custas processuais iniciais em 6 (seis) prestações mensais; a inversão do ônus da prova; a total procedência dos pedidos para condenar a ré ao adimplemento da indenização securitária no importe de R\$ 300.000,00

(trezentos mil reais), mediante crédito direcionado ao Banco -----  
(Brasil) S.A. para quitação e amortização da cédula rural, vertendo-se eventual sobrejo ao espólio; e a condenação ao pagamento de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de danos morais, além de consectários da sucumbência. Atribuiu à causa o valor de R\$ 305.000,00 (trezentos e cinco mil reais). Juntou documentos.

Por meio da decisão interlocutória de ID 213296675, foi deferido o pedido de parcelamento das despesas processuais iniciais em 6 (seis) parcelas consecutivas, sob as advertências legais.

A parte autora comprovou o pagamento integral das parcelas deferidas (IDs 216190405, 216190411, 217656016, 217656018, 223459641, 223459648, 227074161, 227074170, 230417722, 230417724, 233950518 e 233950536).

No pronunciamento judicial de ID 223269534, a petição inicial foi formalmente recebida, oportunidade em que este Juízo reconheceu a aplicação do regime consumerista, deferiu a inversão do ônus da prova e designou a realização de audiência de conciliação pelo rito virtual, determinando a citação da requerida.

Citada eletronicamente (ID 227572620), a ré apresentou contestação (ID 229089770), instruída com documentos (IDs 229089775 a 229090631). Em preliminar, sustentou a inaplicabilidade da Lei nº 15.040/2024 à controvérsia. No mérito, defendeu a legitimidade da negativa securitária, alegando omissão dolosa de doença preexistente pelo segurado, em afronta aos arts. 765 e 766 do Código Civil. Subsidiariamente, requereu que eventual indenização fosse limitada ao saldo devedor do financiamento e paga ao banco credor, impugnou os danos morais, a inversão do ônus da prova e pugnou pela aplicação dos índices previstos na Lei nº 14.905/2024.

Realizada a audiência de conciliação por videoconferência perante o CEJUSC, o ato restou prejudicado em razão da ausência injustificada da instituição requerida, consoante termo lavrado no ID 234272919.

Na sequência, a ré formalizou a juntada de substabelecimento sem reserva de poderes (ID 234333364 e ID 234333365), requerendo o cadastramento exclusivo de seu novel

patrono para fins de intimação.

Instada a se manifestar acerca da fase probatória, a seguradora ré protocolou a petição de ID 239427808, pela qual registrou o chamamento do feito à ordem e expressou expressamente seu desinteresse na dilação probatória, postulando o julgamento antecipado do mérito por entender suficientes os elementos documentais acostados.

A parte autora apresentou réplica à contestação (ID 240018318), rebatendo pontualmente todos os argumentos defensivos e ratificando a ausência de exames prévios, a veracidade do preenchimento da proposta de adesão e a caracterização do dano moral experimentado.

Em manifestação complementar autônoma (ID 240019894), a demandante pugnou igualmente pelo julgamento antecipado da lide, asseverando que a matéria controvertida prescinde de instrução oral ou pericial em audiência.

É o relatório. Passo a fundamentar e decidir.

## **FUNDAMENTAÇÃO**

### **1. DO JULGAMENTO ANTECIPADO E DAS QUESTÕES PROCESSUAIS PENDENTES**

A causa encontra-se madura para julgamento, sendo desnecessária a produção de outras provas, nos termos do art. 355, inciso I, do Código de Processo Civil.

A matéria fática relevante está suficientemente delimitada pelos documentos juntados aos autos, notadamente a cédula de crédito rural, a apólice e a proposta de adesão ao seguro, o certificado individual, a certidão de óbito, as condições gerais do plano e a comunicação administrativa de recusa da cobertura.

Além disso, após serem instadas a especificar as provas que pretendiam produzir, ambas as partes manifestaram expressa concordância com o encerramento da instrução e requereram o julgamento antecipado do mérito, conforme se verifica dos IDs 239427808 e 240019894. Houve, portanto, oportunidade específica para que os litigantes se pronunciassem

sobre a suficiência do acervo probatório e sobre a necessidade de eventual prova complementar, não se verificando supressão do contraditório ou decisão surpresa.

A concordância das partes não impede, por si só, a determinação judicial de prova que se revele indispensável à solução da controvérsia. No caso, contudo, os elementos documentais disponíveis mostram-se suficientes para a apreciação das questões submetidas a julgamento, não tendo sido indicada prova concreta cuja produção pudesse alterar a compreensão dos fatos relevantes.

### **1.1. Da incidência do código de defesa do consumidor**

A relação jurídica examinada possui natureza consumerista. O segurado aderiu, como destinatário final, ao serviço securitário disponibilizado pela requerida, enquanto esta, na qualidade de fornecedora, submeteu-se ao regime de proteção do consumidor.

A conclusão decorre diretamente do art. 3º, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, que define como serviço qualquer atividade fornecida no mercado de consumo mediante remuneração, arrolando expressamente, entre elas, as de natureza securitária. Reforça o enquadramento a circunstância de o seguro prestamista ter sido contratado como garantia acessória de operação de crédito bancário, contexto em que também incide a diretriz da Súmula 297 do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual o Código de Defesa do Consumidor é aplicável às instituições financeiras.

Disso decorre a necessidade de interpretar as cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor, bem como de assegurar informação adequada e clara acerca das coberturas, limitações e exclusões contratuais. O art. 47 do CDC estabelece que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, ao passo que o art. 6º, inciso III, assegura o direito à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços e sobre os riscos que apresentem.

A incidência do microsistema consumerista, contudo, não conduz automaticamente à procedência do pedido nem impede a seguradora de invocar limitações validamente contratadas. A solução da controvérsia exige o exame da cobertura efetivamente pactuada, dos requisitos do sinistro, da clareza das cláusulas invocadas e da correspondência entre os fatos comprovados e o risco assumido.

### **1.2. Da inversão do ônus da prova**

Mantém-se a decisão interlocutória que deferiu a inversão do ônus da prova,

proferida no ID 223269534, porquanto presentes, em juízo de adequação processual, elementos de verossimilhança das alegações e assimetria técnica e informacional entre o espólio autor e a operadora de seguros.

A medida encontra fundamento no art. 6º, inciso VIII, do CDC, que admite a facilitação da defesa do consumidor, inclusive mediante inversão do ônus probatório, quando a alegação for verossímil ou quando o consumidor for hipossuficiente segundo as regras ordinárias de experiência.

A inversão não importa reconhecimento antecipado da procedência da pretensão, tampouco exonera a parte autora de demonstrar os fatos que constituem o direito alegado. Seu efeito consiste em atribuir à fornecedora, dentro dos limites da controvérsia, o encargo de apresentar os elementos técnicos e contratuais que estejam sob sua esfera de disponibilidade, especialmente aqueles relacionados à regulação do sinistro e aos fundamentos da recusa administrativa.

### **1.3. Do direito intertemporal e da legislação aplicável**

A requerida sustenta a inaplicabilidade da Lei nº 15.040/2024, ao fundamento de que a contratação ocorreu em 28 de março de 2022, sob a vigência do Código Civil de 2002.

A alegação deve ser examinada como questão de direito intertemporal, e não como preliminar processual. A proteção constitucional ao ato jurídico perfeito impede que lei superveniente modifique, retroativamente, situações jurídicas consolidadas sob a disciplina anterior.

Considerando a data de contratação indicada nos autos e desde que o sinistro também tenha ocorrido sob a vigência do regime anterior, a validade, o conteúdo e os efeitos jurídicos do contrato devem ser examinados à luz das normas materiais então vigentes, notadamente o Código Civil de 2002 e o Código de Defesa do Consumidor, sem aplicação retroativa da Lei nº 15.040/2024 para alterar a cobertura contratada ou ampliar os riscos assumidos.

A legislação superveniente disciplina os contratos submetidos ao seu âmbito temporal próprio, mas não pode ser utilizada para modificar retroativamente contrato

celebrado e sinistro consolidado sob regime jurídico anterior.

Em situação envolvendo contrato de seguro celebrado antes da vigência do novo Marco Legal dos Seguros e sinistro ocorrido sob o regime anterior, foi reconhecida a incidência da disciplina dos arts. 757 a 802 do Código Civil de 2002, afastando-se a aplicação retroativa da Lei nº 15.040/2024.

APELAÇÃO CÍVEL – FUNDAMENTAÇÃO PER RELATIONEM – AÇÃO DE COBRANÇA – COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA – CELEBRAÇÃO DO SEGURO E SINISTRO OCORRIDOS ANTES DA LEI Nº 15.040/2024 – SEGURO RESIDENCIAL – INCÊNDIO EM IMÓVEL FINANCIADO PELO SFH – COEXISTÊNCIA COM SEGURO HABITACIONAL OBRIGATÓRIO – SEGURO COMPLEMENTAR DE RISCO QUANTO À ESTRUTURA – VALIDADE – AUSÊNCIA DE PROVA DE EXCESSO INDENIZATÓRIO – REEMBOLSO DE LAUDOS TÉCNICOS – EXCLUSÃO CONTRATUAL EXPRESSA – DANO MORAL E PERDA DE TEMPO ÚTIL – NÃO CONFIGURADOS – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. **Aplica-se a disciplina dos arts. 757 a 802 do Código Civil de 2002 aos contratos de seguro celebrados antes de 11.12.2025, cujos efeitos – em especial, o sinistro e suas consequências – também se produziram antes dessa data, em razão da regra de direito intertemporal extraída, por analogia, do art. 2.035, caput, do Código Civil, não incidindo, no caso, a Lei nº 15.040/2024 (Marco Legal dos Contratos de Seguro).** O limite máximo previsto na apólice constitui teto da obrigação do segurador, não se confundindo com o valor obrigatório de indenização, que deve ser proporcional ao prejuízo e à extensão real do dano (art. 781 do CC). No caso concreto, competia aos Apelantes demonstrar que o custo efetivo de reparação excedeu o somatório das indenizações administrativamente pagas, ônus do qual não se desincumbiram. É válida e plenamente eficaz a cláusula que exclui expressamente do âmbito de cobertura as despesas com orçamentos e laudos técnicos emitidos por profissional liberal, por se tratar de legítima delimitação do risco coberto. Ademais, os laudos juntados aos autos não contêm avaliação de valores de conserto ou reposição, nem do

próprio serviço técnico, sendo imprestáveis para fundamentar pretensão complementar. Recurso conhecido e não provido. (TJ-MS - Apelação Cível: 08154275420248120001 Campo Grande, Relator: Des. Alexandre Raslan, Data de Julgamento: 03/06/2026, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 09/06/2026)  
(destaquei)

Isso não significa, porém, que a adoção do Código Civil de 2002 e do CDC conduza, por si só, à ilicitude da negativa administrativa. A regularidade ou não da recusa depende do confronto entre a cobertura contratada, as condições gerais e individuais do seguro, a ocorrência do sinistro e a justificativa apresentada pela seguradora.

#### **1.4. Da legitimidade ativa quanto ao pedido de indenização por danos morais**

Antes do exame do mérito, impõe-se verificar, de ofício, a legitimidade para o pedido de reparação extrapatrimonial, por se tratar de matéria de ordem pública, cognoscível a qualquer tempo e grau de jurisdição (art. 485, § 3º, do CPC).

A ação foi proposta exclusivamente pelo Espólio de -----  
-,  
representado por sua inventariante, senhora -----, na forma do art. 75, inciso VII, do CPC. Não há litisconsórcio ativo, tampouco pedido formulado pela inventariante em nome próprio (ID 213054879).

O espólio não é pessoa, mas universalidade de bens dotada de mera personalidade judiciária. Não titulariza, por isso, direitos da personalidade, cuja lesão constitui pressuposto da reparação extrapatrimonial. O que se admite é que o espólio postule em juízo o dano moral cujo titular foi o próprio falecido, hipótese em que o direito, já incorporado ao patrimônio do de cujus, transmite-se aos sucessores (Súmula 642 do STJ).

Não é o que ocorre nestes autos. O segurado faleceu em 03 de dezembro de 2024 (ID 213054884), ao passo que a recusa administrativa da cobertura, apontada como fato gerador do abalo, somente se materializou em 02 de janeiro de 2025 (ID 213054889). Sendo o fato posterior ao passamento, ----- jamais chegou a titularizar a pretensão indenizatória, e o que não integrou o seu patrimônio em vida não se transmitiu ao acervo hereditário.

A causa de pedir confirma essa conclusão. O sofrimento narrado na inicial é pessoal e próprio da viúva e inventariante, que teria sido reiteradamente interpelada pela instituição financeira credora em razão da subsistência da dívida. Cuida-se de dano moral por ricochete, cuja titularidade pertence a quem o experimentou diretamente e que somente pode ser deduzido por quem integre a relação processual em nome próprio, o que não se verifica.

Registro, ademais, que as cobranças invocadas não vieram acompanhadas de qualquer comprovação documental, subsistindo apenas como narrativa da petição inicial. A inversão do ônus da prova deferida no ID 223269534 não socorre a parte autora nesse ponto, porquanto as interpelações teriam partido do Banco ----- (Brasil) S.A., terceiro estranho à lide, não se situando na esfera de disponibilidade probatória da seguradora demandada.

Impõe-se, portanto, a extinção do processo sem resolução do mérito quanto ao pedido de indenização por danos morais, nos termos do art. 485, inciso VI, do CPC, providência que, por não formar coisa julgada material, preserva eventual pretensão da senhora ----- em ação própria.

### **1.5. Do não comparecimento da requerida à audiência de conciliação**

Designada audiência de conciliação por videoconferência perante o CEJUSC (ID 223269534), o ato restou prejudicado exclusivamente em razão da ausência da parte requerida, conforme termo lavrado no ID 234272919.

O art. 334, § 8º, do Código de Processo Civil qualifica o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação como ato atentatório à dignidade da justiça, sancionado com multa de até 2% (dois por cento) do valor da causa, revertida em favor do Estado.

A norma tutela a efetividade da política judiciária de solução consensual dos conflitos (art. 3º, §§ 2º e 3º, do CPC), impondo às partes o dever de comparecimento como ônus processual autônomo, independente de qualquer disposição para transigir. A ausência da seguradora, devidamente citada e intimada (ID 227572620), não foi precedida nem sucedida de justificativa, sendo certo que a demandada permaneceu ativa no feito, tendo apresentado contestação (ID 229089770), substabelecimento (ID 234333364 e ID 234333365) e manifestação sobre provas (ID 239427808), sem em momento algum explicar o não comparecimento.

Considerando a inexistência de justificativa e a frustração integral do ato conciliatório, fixo a multa em 1% (um por cento) sobre o valor atribuído à causa, patamar que se mostra proporcional à conduta e suficiente à sua finalidade pedagógica, sem onerar excessivamente a parte.

## **2. DO MÉRITO**

### **Da Ilícitude da Negativa Securitária e Dever de Quitação do Mútuo**

A controvérsia central gravita em torno da legalidade da recusa perpetrada pela seguradora demandada ao pagamento da indenização do seguro prestamista (apólice nº 2001 e certificado individual nº 549306478), contratado como garantia acessória da Cédula Rural Hipotecária nº 246900300052, sob a justificativa de suposta preexistência de cardiopatia grave e omissão voluntária de informações de saúde por ocasião da adesão em 28 de março de 2022.

Como cedição no ordenamento jurídico pátrio, a celebração do contrato de seguro funda-se na mútua confiança, na lealdade e na estrita boa-fé dos contratantes, postulados positivados nos artigos 422, 765 e 766 do Código Civil. Contudo, em se tratando de seguro de pessoas, a alegação de doença preexistente como causa excludente do dever de indenizar submete-se a rigorosos requisitos cumulativos consolidados pela jurisprudência nacional.

Com efeito, incumbe precipuamente à sociedade seguradora, no momento da assunção do risco contratual e antes da aceitação da proposta, exercer a faculdade de exigir a realização de avaliações médicas ou a apresentação de exames clínicos prévios pelo proponente, de modo a dimensionar tecnicamente o risco assumido e calcular a taxa do prêmio correspondente.

Ao dispensar a realização de qualquer exame admissional ou investigação clínica e optar por receber regularmente o prêmio estipulado, a seguradora assume voluntariamente os riscos inerentes à contratação, não lhe sendo lícito, após a superveniência do evento morte, furtar-se ao cumprimento de sua contraprestação sob a alegação genérica de moléstia pregressa.

Para que a recusa fundada em doença preexistente se revista de legitimidade jurídica quando ausentes exames prévios, faz-se estritamente indispensável a comprovação cabal, inconcussa e irrefutável de que o segurado agiu com dolo direto ou má-fé preordenada com o objetivo deliberado de fraudar o pacto securitário.

Sobre essa matéria, o Superior Tribunal de Justiça uniformizou a diretriz jurídica aplicável por meio de verbete sumular no âmbito das relações securitárias:

**Súmula 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.

*(destaquei)*

A orientação sedimentada na Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça impõe, portanto, que a seguradora produza prova contundente do estratagema fraudulento ou da má-fé subjetiva do contratante para exonerar-se do pagamento securitário na hipótese em que abriu mão da realização de perícia médica prévia.

No mesmo sentido, este Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso reiteradamente afirma a responsabilidade da seguradora pela quitação do financiamento garantido quando não implementada a avaliação clínica prévia:

EMENTA. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA . INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DOENÇA PREEXISTENTE. RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE EXAMES PRÉVIOS . INEXISTÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE MÁ-FÉ. SÚMULA 609/STJ. RECUSA DE COBERTURA ILÍCITA. DEVER DE INDENIZAR . RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME *Apelação Cível interposta contra sentença que julgou improcedente ação de cobrança de indenização securitária ajuizada em face de seguradora, sob o fundamento de omissão dolosa de doença preexistente em renovações contratuais de seguro de vida, condenando o autor ao pagamento de custas e honorários, com exigibilidade suspensa em razão da gratuidade da justiça, sendo requerido no recurso a reforma do julgado para condenação ao pagamento da indenização securitária e do auxílio-funeral.* II . QUESTÃO EM DISCUSSÃO A questão em discussão consiste em definir se é lícita a recusa de cobertura securitária fundada em alegação de doença preexistente não comunicada em renovações automáticas do contrato, quando inexistente exigência de exames médicos prévios ou comprovação inequívoca de má-fé da segurada. III. RAZÕES DE DECIDIR A Súmula

609 do Superior Tribunal de Justiça estabelece que a recusa de cobertura securitária por doença preexistente é ilícita quando não há exigência de exames médicos prévios ou demonstração inequívoca de má-fé do segurado. No caso concreto, é incontroverso que a seguradora não exigiu exames médicos nem na contratação inicial nem nas sucessivas renovações do contrato de seguro . A má-fé não se presume e deve ser comprovada por quem a alega, incumbindo à seguradora o ônus de demonstrar que a segurada tinha ciência inequívoca do agravamento relevante do risco e agiu com dolo para obter vantagem indevida. A renovação automática do contrato de seguro não se equipara à nova contratação, não implicando dever de comunicação espontânea irrestrita de enfermidades pelo segurado quando ausente exigência de novo questionário ou declaração de saúde. A fundamentação sentencial baseou-se em presunção indevida de má-fé, sem prova de que a segurada tivesse conhecimento de risco iminente de morte ou de que tenha deliberadamente omitido informação relevante à seguradora. A jurisprudência reconhece que, inexistindo cláusula que condicione a renovação automática à apresentação de nova declaração de saúde, é devida a indenização securitária em caso de morte do segurado . IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso provido. Tese de julgamento: A recusa de cobertura securitária por alegação de doença preexistente é ilícita quando a

seguradora não exige exames médicos prévios nem comprova, de forma inequívoca, a má-fé do segurado. A renovação automática do contrato de seguro não impõe ao segurado o dever de comunicar espontaneamente enfermidades quando inexistente exigência de nova declaração de saúde . A má-fé do segurado não se presume e deve ser comprovada pela seguradora, especialmente em relações de consumo. [...] (TJ-MT APELAÇÃO CÍVEL: 10200643920228110041, Relator.: SERLY MARCONDES ALVES, Data de Julgamento: 04/03/2026, Quarta Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 09/03/2026)

*(destaquei)*

No caso concreto sob exame, a análise minuciosa do acervo probatório demonstra de maneira incontroversa que a ré não exigiu a apresentação de exames médicos

contemporâneos à emissão da apólice em 28 de março de 2022, contentando-se com a adesão padrão e passando a auferir o prêmio cobrado.

Ademais, a análise fática da proposta de adesão ao Seguro de Vida do Produtor Rural (ID 229090603) evidencia boa-fé do segurado -----, desconstruindo por completo a tese de ocultação dolosa articulada pela requerida.

Verifica-se que, na referida declaração pessoal de saúde, o segurado informou expressamente os seus dados biométricos reais, indicando o peso de 165 kg (cento e sessenta e cinco quilos) e a estatura de 1,98 m (um metro e noventa e oito centímetros), o que resultou na consignação explícita de Índice de Massa Corporal (IMC) correspondente a 42 (quarenta e dois).

Segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, um IMC superior a 40 configura, de forma manifesta e objetiva, o quadro de obesidade mórbida (obesidade grau III), condição de notória relevância médica que se encontrava perfeitamente informada à seguradora desde o primeiro instante da celebração contratual.

Ao receber a proposta com a expressa declaração de obesidade grau III, a seguradora teve plena ciência do perfil do segurado e, sem solicitar esclarecimentos, diligências médicas complementares ou agravamento tarifário, optou por emitir a apólice e receber o prêmio correspondente no importe de R\$ 2.990,48 (dois mil, novecentos e noventa reais e quarenta e oito centavos).

Constatando-se da certidão de óbito que a obesidade figurou expressamente como uma das causas concorrentes do falecimento, a pretensão da seguradora de recusar o pagamento invocando esse mesmo fator representa conduta flagrantemente contraditória (*venire contra factum proprium*), violadora da boa-fé objetiva e inaceitável no âmbito do direito contratual.

Outrossim, no que concerne ao questionário de saúde elaborado unilateralmente pela seguradora na mesma proposta de adesão, constata-se que a demandada limitou-se a

formular as seguintes indagações: *“Faz uso de medicamentos ou necessita de acompanhamento médico ou exames de rotinas?”* *“Nos últimos 5 anos foi submetido à cirurgia, biópsia, punção ou esteve internado em decorrência de doença ou investigação diagnóstica?”*, à qual o proponente respondeu negativamente em ambas as perguntas.

A documentação medica e o próprio parecer técnico interno juntado pela ré (ID 229090624 e 229090618) revelam que os procedimentos cirúrgicos cardiológicos e tratamentos aos quais o falecido foi submetido (cirurgia de troca valvar e de Ross) foram realizados nos anos de 2006 e 2012, ou seja, há mais de uma década antes da contratação entabulada em março de 2022.

Considerando que o contrato foi firmado em 28 de março de 2022, o recorte temporal de 5 (cinco) anos estipulado pela própria seguradora compreendia estritamente o período de março de 2017 a março de 2022, lapso no qual não houve nenhuma cirurgia, procedimento invasivo ou internação hospitalar.

Portanto, a resposta aposta no formulário padronizado guardou estrita conformidade com a verdade e atendeu rigorosamente aos limites da pergunta formulada pela ré, não se podendo cogitar de omissão fraudulenta ou má-fé por parte de quem respondeu com fidelidade aos quesitos que lhe foram submetidos. Se a seguradora restringiu sua investigação ao quinquênio anterior, não pode agora imputar dolo ao consumidor por eventos cirúrgicos remotos que ela própria preferiu não perquirir.

De igual modo, a inserção de cláusula pré-impressa padronizada de "Declarações e Autorizações", segundo a qual o aderente estaria em "perfeitas condições de saúde", ostenta natureza puramente genérica em contrato de adesão, desprovida de eficácia para suplantar o dever de cautela da seguradora ou para caracterizar má-fé subjetiva do contratante.

O parecer médico unilateral produzido internamente pela seguradora na fase de regulação do sinistro (ID 229090624) não possui aptidão para afastar a garantia securitária contratada, por se tratar de elemento produzido sem o crivo do contraditório judicial e que se limita a constatar antecedentes médicos pretéritos sem demonstrar qualquer intenção dolosa de ocultação por parte do segurado.

Inexistindo prova de má-fé e ausente a realização de exames prévios, resta

plenamente caracterizada a ilicitude da negativa de cobertura securitária, exsurindo o inequívoco dever da ré de honrar a indenização devida nos exatos termos contratados.

Tratando-se de seguro prestamista, a cláusula de destinação da indenização constante das condições gerais (ID 229090631) estabelece que o capital segurado contratado será destinado precipuamente à amortização ou quitação do saldo devedor da operação de crédito vinculada, na data do evento coberto, e que, constatado saldo credor remanescente após a integral liquidação da dívida, este será pago aos beneficiários indicados ou, na falta destes, aos herdeiros legais do segurado.

Extrai-se daí que o capital segurado não é decrescente nem se confunde com o saldo devedor, funcionando este apenas como critério de destinação, e não como medida da obrigação. A seguradora responde, portanto, pelo capital integral de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), cabendo-lhe creditar ao estipulante Banco ----- (Brasil) S.A. o montante necessário à quitação ou amortização da Cédula Rural Hipotecária nº 246900300052 apurado em 03 de dezembro de 2024, e destinar o excedente na forma contratualmente prevista.

Quanto ao excedente, embora a petição inicial tenha postulado sua reversão ao espólio, o art. 794 do Código Civil dispõe que o capital estipulado não se considera herança para nenhum efeito, de modo que sua destinação segue o regime próprio do seguro de pessoa, e não o da sucessão. Inexistindo nos autos indicação expressa de beneficiários, aplica-se a regra supletiva do art. 792 do mesmo diploma. Não há, nesse ponto, julgamento fora do pedido, mas simples observância da disciplina cogente que rege a destinação do capital segurado, cujo montante permanece integralmente devido pela requerida.

## DISPOSITIVO

Ante o exposto, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido de cobrança da indenização securitária e **EXTINGO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO** quanto ao pedido de indenização por danos morais, e:

A) **CONDENO** a requerida -----  
ao pagamento da indenização securitária decorrente da apólice nº 2001 (certificado individual nº 549306478), no limite do capital segurado de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), destinando-se o montante, precipuamente, à quitação ou amortização do saldo devedor da Cédula Rural Hipotecária nº 246900300052 apurado na data do evento coberto (03/12/2024), mediante crédito direto em favor do estipulante Banco ----- (Brasil) S.A., na forma da cláusula de destinação da indenização (ID 229090631);

B) **DETERMINO** que eventual saldo remanescente, após a integral liquidação

da dívida, seja pago aos beneficiários indicados na apólice ou, na falta de indicação, na forma do art. 792 do Código Civil, observado o art. 794 do mesmo diploma;

C) **DETERMINO** que sobre a importância securitária incidam correção monetária pelo IPCA (art. 389, parágrafo único, do CC) a partir da data do sinistro (03/12/2024) e juros de mora legais (SELIC, art. 406, § 1º, do CC) a contar da citação (art. 405 do CC), deduzido o índice de atualização monetária de que trata o parágrafo único do art. 389 do CC;

D) **EXTINGO** o processo, sem resolução do mérito, quanto ao pedido de indenização por danos morais, nos termos do art. 485, inciso VI, do CPC;

E) Para viabilizar a repartição de que tratam as alíneas A e B, sem que isso torne ilíquida a condenação, DETERMINO a expedição de ofício ao Banco ----- (Brasil) S.A., para que informe, no prazo de 15 (quinze) dias, o saldo devedor da Cédula Rural Hipotecária nº 246900300052 na data de 03 de dezembro de 2024;

F) **CONDENO** a requerida, por ato atentatório à dignidade da justiça, ao pagamento de multa correspondente a 1% (um por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 334, § 8º, do Código de Processo Civil, revertida em favor do Estado de Mato Grosso, a ser recolhida no prazo de 15 (quinze) dias contados do trânsito em julgado, sob pena de inscrição em dívida ativa;

**Reconheço** a sucumbência mínima da parte autora (art. 86, parágrafo único, do CPC), na medida em que o pedido não acolhido corresponde a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) dos R\$ 305.000,00 (trezentos e cinco mil reais) atribuídos à causa, e CONDENO a requerida ao pagamento integral das custas e despesas processuais, inclusive ao ressarcimento daquelas adiantadas pela parte autora (art. 82, § 2º, do CPC), bem como ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC, considerando o zelo profissional, o trabalho desempenhado e a natureza da causa.

Resolvo o mérito quanto ao pedido de cobrança, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Acaso seja interposto recurso de Apelação, **intime-se** a parte apelada para apresentar contrarrazões no prazo de 15 (quinze) dias (art. 1.010, § 1º, CPC).

Se o apelado interpuser apelação adesiva, **intime-se** o apelante para apresentar contrarrazões (art. 1.010, § 2º, CPC).

Na sequência, com ou sem contrarrazões, **remetam-se** os autos ao Egrégio Tribunal de Justiça.

**Publique-se. Registre-se. Intimem-se.**

Certificado o trânsito em julgado e cumpridas as formalidades legais, não havendo novos pedidos, **arquive-se** com as baixas e anotações de praxe.

Terra Nova do Norte/MT, datado e assinado eletronicamente.

**IORRAN DAMASCENO OLIVEIRA**  
**Juiz Substituto**