



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2897551 - MG (2025/0112431-0)**

**RELATOR** : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**  
**AGRAVANTE** : **ITAU SEGUROS S/A**  
**AGRAVANTE** : **BANCO ITAUCARD S.A.**  
**ADVOGADOS** : **ALINE FREIRE DE SOUZA CRUZ - MG117074**  
**JOSÉ ARMANDO DA GLÓRIA BATISTA - SP041775**  
**AGRAVADO** : **E B L N (MENOR)**  
**ADVOGADO** : **FERNANDO FONSECA CARDOSO - MG163195**  
**REPR. POR** : **L B L N**

### DECISÃO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por ITAÚ SEGUROS S.A. e OUTRO contra a decisão que inadmitiu o recurso especial com fundamento na finalidade constitucional do recurso especial, pela incidência da Súmula n. 7 do STJ e prejudicada a análise da divergência jurisprudencial (fls. 1.113-1.115).

Alega a parte agravante que os pressupostos de admissibilidade do recurso especial foram atendidos.

O recurso especial foi interposto, com fundamento no art. 105, III, *a e c*, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais em apelação nos autos de ação indenização.

O julgado foi assim ementado (fls. 940-941):

Apelação Cível – Ação Indenização – Inovação Recursal – Seguro de Vida – Contrato de Alienação Fiduciária – Negativa de Pagamento – Alegação de Doença Preexistente – Ausência de Exames Prévio – Má-Fé Não Comprovada – Indenização Securitária Devida – Descumprimento Contratual – Dano Moral Configurado. Vedado pelo ordenamento jurídico, a inovação recursal caracteriza-se pela ausência de questões de fato propostas na primeira instância que poderão ser suscitadas na apelação, se a parte provar que deixou de fazê-lo por motivo de força maior. A

seguradora, ao receber o pagamento do prêmio, e concretizar o seguro sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo se esquivar do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovada a deliberada má-fé dolosa do segurado. Não sendo comprovada a má-fé do segurado em omitir doença preexistente, deverá a seguradora arcar com o pagamento da indenização relativamente ao seguro contratado. A privação dos beneficiários da quantia devida referente ao seguro em decorrência da morte do segurado ultrapassa os meros aborrecimentos do cotidiano, ofendendo a boa fé objetiva e os direitos da personalidade dos consumidores, acarretando danos morais, passíveis de compensação.

Os embargos de declaração foram opostos e rejeitados (fls. 1.041-1.045).

No recurso especial, a parte recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos seguintes artigos:

a) 489, § 1º, IV, e 1.022, parágrafo único, II, do CPC, porquanto o Tribunal local violou os artigos ao deixar de analisar as características do caso e as previsões contratuais atinentes à lide em exame;

b) 757 e 760 do CC, visto que ao determinar a quitação do financiamento do veículo, o acórdão desconsiderou a legalidade da limitação dos riscos no contrato de seguro;

c) 765 e 766 do CC, pois, ao não reconhecer a má-fé do segurado ao omitir doença preexistente, violou os artigos, visto que o beneficiário assinou documento com informações equivocadas, violando a boa-fé objetiva e, conseqüentemente, perdendo o direito à garantia;

d) 186, 927 e 944 do CC, porque em razão da inocorrência de ato ilícito, o que obsta a condenação por danos morais, violou os artigos; e

e) 1.026, § 2º, do CPC, visto que, ao entender que os embargos de declaração opostos pelos recorrentes mantinham caráter protelatório, violou o artigo, pois os embargos de declaração foram opostos com nítido interesse em prequestionar matéria legal e oportunizar o cabimento do recurso especial.

Sustenta que o Tribunal de origem divergiu ao decidir que 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, conforme acórdão paradigma do STJ que afirma a licitude da recusa quando comprovada a má-fé do segurado.

É o relatório. Decido.

Preliminarmente, afasta-se a alegação de ofensa ao arts. 489, § 1º, IV, e 1.022, parágrafo único, II, do CPC, porquanto o Tribunal *a quo* analisou os pontos reputados omissos.

A Corte de origem reconheceu a aplicabilidade da Súmula n. 609 do STJ, considerando ilícita a recusa de cobertura securitária sob a alegação de doença preexistente, já que não foram exigidos exames médicos prévios nem demonstrada a má-fé do segurado.

Rejeitou a tese da agravante de exclusão da cobertura contratual, tendo em vista doença preexistente. Destacou que haveria a necessidade de requerer prévia documentação.

O Tribunal reconheceu a ausência de impugnação específica dos fundamentos da sentença, consignando que não eram admissíveis alegações genéricas em recurso de apelação.

Confira-se trecho do acórdão (fls. 947-948):

No caso em comento, não há como acolher a alegação dos Réus/Apelantes quanto à má-fé do segurado e recusar o pagamento de indenização securitária com base em alegação de doença preexistente, pois é inerente à sua atividade a análise de risco – **o que demanda a exigência previa de exames clínicos de saúde do**

**contratante – bem como inexistente nos autos qualquer prova contundente da má-fé do segurado quando da contratação - pois as provas dos autos não demonstram de forma inequívoca que o segurado tenha agido de má-fé.**

Logo, tenho que os Réus/Apelantes não se desincumbiram do ônus de comprovar que o segurado atuou dolosamente, com má-fé, não se podendo olvidar que, ao contrário da boa-fé, a má-fé deve ser sobejamente demonstrada. **Além disso, o segurado não foi submetido a prévio exame médico para efeito de constatação de eventuais doenças preexistentes.**

**Era imprescindível, para recusa do pagamento da indenização decorrente de contratação securitária ao argumento da existência de doença preexistente, que os Réus/Apelantes tivessem, à época da contratação, submetido o segurado a perícia médica para verificar a existência de eventuais enfermidades quando do recebimento de proposta de contratação de seguro.** Ausente o exame médico prévio à contratação, não podem os Réus/Apelantes resistirem ao pagamento do valor da indenização devida.

Assim, todos os pontos essenciais da controvérsia careca da má-fé da parte agravada, no tocante à produção de novas provas, dos limites de indenização e da correção monetária foram dirimidos, não havendo ofensa aos arts. 489, § 1º, IV, e 1.022, II e parágrafo único, II, do CPC.

Ademais, a decisão da Corte de origem está de acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça de que a seguradora, ao não exigir exames prévios, responde pelo risco assumido.

Nesse sentido:

**CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA. OFENSA AOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. DOENÇA PREEXISTENTE NÃO INFORMADA PELO SEGURADO. EXAMES PRÉVIOS NÃO EXIGIDOS PELA SEGURADORA. MÁ-FÉ DO SEGURADO AFASTADA PELO ACÓRDÃO. REVISÃO. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.**

1. Não procede a arguição de ofensa aos arts. 489 e 1.022 do CPC, quando o Tribunal de Justiça se pronuncia, de forma motivada e suficiente, sobre os pontos relevantes e necessários ao deslinde da controvérsia.

2. **"A jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça vem afirmando, de um lado, que o reconhecimento da má-fé do segurado quando da contratação do seguro-saúde necessita ser devidamente comprovada, não podendo ser presumida, e, de outro, que não pode a seguradora recusar a cobertura securitária alegando a existência de doença pré-existente se deixou de exigir, antes da contratação, a realização de exames médicos pela parte segurada"** (AgInt no AREsp 1.914.987/RN, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, julgado em 22/11/2021, DJe de 25/11/2021).

3. **No caso em exame, o Tribunal de origem consignou expressamente que a seguradora não exigiu a realização de exames previamente à contratação do seguro, concluindo, ainda, com fundamento em provas trazidas aos autos, pela ausência de má-fé do segurado.**

4. A alteração das premissas fáticas firmadas no acórdão recorrido, acerca da ausência de má-fé do segurado, exige a revisão do substrato probatório, incabível nesta instância, nos termos da Súmula 7 deste Pretório.

5. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.583.215/MT, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 16/9/2024, DJe de 1º/10/2024, destaquei.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO PRESTAMISTA. CONTRATO DE MÚTUO HABITACIONAL. **COBERTURA SECURITÁRIA. OCORRÊNCIA. DOENÇA PREEXISTENTE. NÃO COMPROVADA. MÁ-FÉ.** INOCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE PROVA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. **Não comprovada a má-fé do segurado quando da contratação do seguro e ainda não exigida pela seguradora a realização de exames médicos, não pode a cobertura securitária ser recusada com base na alegação da existência de doença pré-existente. Precedente.**

2. A revisão do entendimento do Tribunal de origem acerca da existência de doença preexistente à contratação do seguro e da má-fé da parte contratante demanda o reexame do acervo fático-probatório dos autos, o que é inviável em recurso especial, tendo em vista a incidência do óbice da Súmula n. 7 do STJ.

3. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.008.938/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023, DJe de 29/3/2023, destaquei.)

Incide, pois, na espécie a Súmula n. 83 do STJ.

### **I - Arts. 757, 760, 765 e 766 do CC**

Quanto à alegada violação dos arts. 757, 760, 765 e 766 do CC, a agravante defende que, ao omitir doenças preexistentes no momento da contratação do seguro, o segurado quebrou o princípio da boa-fé, extrapolando os limites contratuais, ponto primordial para a validade do contrato de seguro.

Contudo, registre-se que, para concluir em sentido contrário ao que foi expressamente consignado no acórdão recorrido, seria necessário o revolvimento de cláusulas contratuais e do conjunto fático-probatório dos autos, inviável no âmbito desta instância especial, ante os óbices das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

A propósito:

**CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO PRESTAMISTA. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉVIOS E DE QUESTIONÁRIO DE SAÚDE PELA SEGURADORA. MÁ-FÉ DO SEGURADO NÃO COMPROVADA. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.**

1. A jurisprudência desta Corte Superior firmou entendimento no sentido de não ser possível a recusa de cobertura securitária no caso de a seguradora não exigir exames médicos prévios ou demonstrar a má-fé do segurado (Súmula n. 609 do STJ).

2. A alteração da conclusão do aresto impugnado acerca da ausência do questionário de saúde e da má-fé do segurado demandaria análise contratual e o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra manifesto óbice nas Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

3. Agravo conhecido. Recurso especial não conhecido. (AREsp n. 2.741.636/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 17/3/2025, DJEN de 20/3/2025, destaquei.)

## **II - Divergência Jurisprudencial**

Ademais, no que se refere à interposição do recurso pela alínea c do permissivo constitucional, fica prejudicada, tendo em vista os óbices contidos nas Súmulas n. 5, 7 e 83 do STJ quanto à interposição pela alínea a impede o conhecimento da divergência jurisprudencial.

## **III - Arts. 186, 927 e 944 do CC**

Os agravantes alegam que o acórdão recorrido violou os artigos 186, 927 e 944 do Código Civil ao condená-los ao pagamento de R\$ 9.000,00 a título de danos morais. Eles argumentam que a responsabilidade somente deve ser imputada caso o agente violador tenha concorrido com dolo ou culpa, conforme os artigos mencionados.

Sustentam que, no caso concreto, a negativa de cobertura securitária ocorreu devido à constatação de doença preexistente omitida pelo segurado no ato de contratação do seguro. Segundo a jurisprudência do STJ, sedimentada na Súmula n. 609, a recusa é lícita quando constatada a má-fé do segurado.

Portanto, eles afirmam que não houve ato ilícito praticado por eles que pudesse configurar dano moral aos recorridos, e que a indenização por dano moral deve ser proporcional à extensão do dano, conforme o art. 944 do CC.

Entretanto, a Corte estadual reconheceu a existência de danos morais, fixando a indenização no valor de R\$ 9.000,00. Fundamentou-se, para tanto, na privação sofrida pelos beneficiários quanto ao recebimento da quantia devida a título de seguro em razão do falecimento do segurado, circunstância que excede os meros dissabores cotidianos, configurando afronta à boa-fé objetiva e aos direitos da personalidade dos consumidores, o que enseja a devida compensação por danos morais.

Confira-se o trecho do Acórdão (fls. 951-952)

A avaliação sobre quais fatos causam dano moral deve ser feita pelo Magistrado, segundo a jurisprudência e as regras da experiência e, no caso em estudo, efetivamente deve ser reconhecida a ofensa narrada, sendo os Autores /Apelados, beneficiários de um seguro de vida, obrigados a ajuizar demanda judicial para ver satisfeito direito decorrente de contrato firmado pelo segurado com os Réus /Apelantes.

Assim, uma vez demonstrada a morte do segurado, os pagamentos realizados perante a corretora e feito o pedido na via administrativa, bastava que a seguradora efetuasse o pagamento da quantia correspondente, mas assim não fez, dando causa ao ajuizamento desta demanda, se negando de forma injustificada a cumprir o contrato em questão.

Evidente que não houve mero aborrecimento cotidiano, **mas ofensa à boa-fé objetiva e aos direitos da personalidade dos Autores/Apelados, beneficiários do seguro, que até a data deste julgamento estão privados da quantia referente ao seguro em decorrência da morte do segurado e tendo que lidar com ação de busca e apreensão após o falecimento do segurado, com o que não se pode coadunar.**

Perfeitamente aplicável a tese do Desvio Produtivo do Consumidor, desenvolvida por Marcos Dessaune (Teoria Aprofundada do Desvio Produtivo do Consumidor. 2. ed, 2017), que defende, **com razão, que o tempo desperdiçado pelo consumidor para a solução dos problemas gerados pelos maus fornecedores, constitui dano indenizável, ou seja, a missão subjacente dos fornecedores é - ou deveria ser - dar ao consumidor, por intermédio de produtos e serviços de qualidade, condições para que ele possa empregar seu tempo e suas competências nas atividades de sua preferência.**

Dessa forma, alterar o entendimento do Tribunal *a quo* demandaria reexame do acervo probatório dos autos, o que é vedado em recurso especial, nos termos da Súmula n. 7 do STJ. Por conseguinte, é incabível a pretensão recursal que visa rediscutir matéria eminentemente fática já solucionada pelas instâncias

ordinárias (AgInt no AREsp n. 2.003.688/PR, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/5/2022, DJe de 11/5/2022).

#### **IV - Art. 1.026, § 2º, do CPC**

O Tribunal de origem aplicou multa à parte agravante por considerar que os embargos de declaração opostos eram protelatórios e tinham o objetivo de revisão do julgado.

Contudo, verifica-se que os embargos de declaração opostos ao acórdão do Tribunal de origem em apelação têm o intento de prequestionamento. Assim, não está configurado o caráter protelatório do referido recurso.

Aplica-se ao caso, portanto, a Súmula n. 98 do STJ, que dispõe o seguinte: "Embargos de declaração manifestados com notório propósito de prequestionamento não têm caráter protelatório". (AREsp n. 2.891.511/MG, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 9/6/2025, DJEN de 12/6/2025.) e (REsp n. 2.072.667/PE, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 11/3/2025, DJEN de 7/4/2025.)

Ante o exposto, **conheço do agravo para conhecer parcialmente do recurso especial e dar-lhe parcial provimento para afastar a multa aplicada no julgamento dos embargos de declaração (art. 1.026, § 2º, do CPC).**

Publique-se. Intimem-se.

Brasília, 27 de junho de 2025.

Ministro João Otávio de Noronha  
Relator