

Diário de Justiça Eletrônico Nacional - CNJ - MT

Data de Disponibilização: 26/02/2026

Data de Publicação: 27/02/2026

Região:

Página: 3164

Número do Processo: 1005827-97.2022.8.11.0041

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MATO GROSSO - DJEN - DJEN

Processo: **1005827 - 97.2022.8.11.0041** Órgão: Quarta Câmara de Direito Privado Data de disponibilização: 26/02/2026 Classe: APELAÇÃO CÍVEL Tipo de comunicação: Intimação Meio: Diário de Justiça Eletrônico Nacional Parte(s): JESSICA ARAUJO DE CAMPOS Advogado(s): GLEICE HELLEN COSTA LEITE OAB 9475-O MT Conteúdo: ESTADO DE MATO GROSSO PODER JUDICIÁRIO QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO Número Único: **1005827 - 97.2022.8.11.0041** Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198) Assunto: [Indenização por Dano Moral, Indenização por Dano Material] Relator: Des(a). ANGLIZEY SOLIVAN DE OLIVEIRA Turma Julgadora: [DES(A). ANGLIZEY SOLIVAN DE OLIVEIRA, DES(A). CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA, DES(A). RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO] Parte(s): **[MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A** - CNPJ: 33.608.308/0001-73 (APELANTE), EDUARDO CHALFIN - CPF: 689.268.477-72 (ADVOGADO), JESSICA ARAUJO DE CAMPOS - CPF: 033.924.791-60 (APELADO), GLEICE HELLEN COSTA LEITE - CPF: 692.592.831-91 (ADVOGADO), ANTONIO RODOLPHO DE MENDES FREIRE E FRANCO - CPF: 227.466.758-62 (ADVOGADO)] A C Ó R D ã O Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, a QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência Des(a). RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, por meio da Turma Julgadora, proferiu a seguinte decisão: NÃO PROVIDO, UNÂNIME E M E N T A DIREITO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATAÇÃO DE SEGURO COM COBERTURA PARA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT). NEGATIVA DE COBERTURA SOB ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA POSTERIOR À CONTRATAÇÃO. SÚMULA 609/STJ APLICÁVEL EM REFORÇO. NÃO EXIGENCIA DE EXAMES MÉDICOS PRÉVIOS PELA SEGURADORA. MÁ-FÉ DA SEGURADA NÃO COMPROVADA. DANO MORAL CONFIGURADO. INDENIZAÇÃO MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Apelação cível interposta por seguradora contra sentença que reconheceu o direito da autora ao recebimento de indenização securitária por diárias de incapacidade temporária e por danos morais, diante da negativa de cobertura sob alegação de doença preexistente à contratação. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A controvérsia consiste em verificar se a negativa de cobertura securitária, fundada em suposta doença preexistente, encontra respaldo contratual e legal, à luz da ausência de exames médicos prévios e da boa-fé contratual. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. A jurisprudência do STJ (Súmula 609), veda a negativa de cobertura por doença preexistente quando não há exigência de exames médicos prévios por parte da seguradora ou demonstração inequívoca de má-fé do segurado. 4.c 5. Laudo pericial

judicial atestou que os nódulos existentes à época não permitiam a conclusão de que se tratava de neoplasia maligna, sendo tecnicamente inviável imputar à autora, leiga, a ciência sobre a doença. 6. A conduta da seguradora, ao alegar omissão dolosa da segurada sobre a doença apenas após o sinistro, contraria os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, autorizando o reconhecimento da abusividade da negativa de cobertura. 7. A indenização extrapatrimonial é cabível, pois a recusa indevida à cobertura causa abalo moral, e o valor fixado na sentença (R\$ 8.000,00) mostra-se proporcional e adequado às circunstâncias do caso. IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso de apelação não provido. Tese de julgamento: "1. A recusa de cobertura securitária fundada em doença preexistente é ilícita quando não há exigência de exames médicos prévios, prova inequívoca de má-fé do segurado, o que não se verifica quando o diagnóstico é posterior à contratação. 2. A negativa de cobertura em tais condições viola o princípio da boa-fé objetiva e configura prática abusiva. 3. A recusa indevida de cobertura por parte da seguradora justifica a condenação por danos morais." Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 422 e 766; CPC, art. 85, § 11. Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no AREsp 1.355.356/PR, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 3ª Turma, j. 19.08.2019; STJ, AgInt no AREsp 1.914.987/RN, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, 3ª Turma, j. 28.06.2022; TJMT, Apelação Cível nº 1036277-28.2019.8.11.0041, Rel. Des. Rubens de Oliveira Santos Filho, Quarta Câmara de Direito Privado, j. 22.11.2023, DJE 27.11.2023; TJMT, Apelação Cível nº 1045876-15.2024.8.11.0041, Rel. Des. Rubens de Oliveira Santos Filho, Quarta Câmara de Direito Privado, j. 13.08.2025, DJE 15.08.2025.

R E L A T Ó R I O EXMA. SRA. DESEMBARGADORA ANGLIZEY SOLIVAN DE OLIVEIRA Egrégia Câmara: Trata-se de apelação cível interposta por Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A contra sentença proferida pelo juízo da 10ª Vara Cível da Comarca de Cuiabá, que julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados nos autos da Ação de Indenização, ajuizada por Jéssica Araújo de Campos em desfavor do ora apelante. Na origem, a apelada alegou que, sendo beneficiária de apólice de seguro contratada junto à apelante, teve cobertura negada sob o fundamento de doença preexistente, após afastar-se do trabalho por 60 dias para tratamento de carcinoma papilífero de tireoide. Pleiteou o pagamento das diárias de incapacidade temporária, indenização por danos morais e demais consectários legais. O juízo a quo reconheceu o direito à cobertura securitária e condenou a ré ao pagamento da indenização no valor de R\$ 50.000,00, bem como ao pagamento de R\$ 8.000,00 a título de danos morais, além de custas processuais e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação. A apelante sustenta, em síntese, que a sentença contraria cláusulas contratuais, alegando que a doença da segurada era preexistente à contratação da apólice, o que eximiria a seguradora da obrigação de indenizar. Assevera, com fundamento no art. 766 do Código Civil, que houve omissão dolosa por parte da apelada quanto à sua condição de saúde no momento da adesão contratual. Aponta a existência de laudo pericial nos autos que comprovaria a ciência prévia da apelada sobre a enfermidade, e destaca que a contratação do seguro se deu de maneira simplificada, sem exames prévios, mas com declaração expressa de boa-fé exigida do proponente. Reforça, ainda, que os riscos excluídos estavam expressamente previstos no contrato, e que a sentença contrariou a

jurisprudência consolidada sobre a matéria. Requer, assim, o provimento do recurso, com a consequente improcedência dos pedidos formulados na inicial. Contrarrazões pelo desprovimento do recurso (id. 340412932) É o relatório. V O T O R E L A T O R EXMA. SRA. DESEMBARGADORA ANGLIZEY SOLIVAN DE OLIVEIRA Egrégia Câmara: A controvérsia devolvida à apreciação desta instância recursal centra-se na negativa de cobertura securitária pela apelante, sob o argumento de que a apelada omitiu, no momento da contratação, condição clínica que reputa preexistente, configurando má-fé e, por consequência, hipótese de exclusão de cobertura contratual. Conforme já é conhecido pelo Superior Tribunal de Justiça, por meio da tese fixada na Súmula 609, "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". Na hipótese, é incontroverso que a apelada contratou apólice com cobertura para Diária por Incapacidade Temporária (DIT), em 31/05/2021, e que obteve diagnóstico definitivo de carcinoma papilífero da tireoide confirmado por exame anatomopatológico realizado em 24/11/2021. Reputa-se incontroverso, ademais, que a seguradora não exigiu, no momento da contratação, qualquer exame médico ou investigação clínica dirigida, limitando-se à obtenção de uma declaração genérica de saúde, circunstância que lhe impõe o risco técnico do negócio. Tal comportamento, de aceitar o risco sem diligência mínima, é incompatível com a pretensão de negar a cobertura após o sinistro com base justamente em condição que não se preocupou em apurar no momento oportuno. Confirma-se o entendimento do Superior Tribunal de Justiça: "A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente afastado a má-fé do contratante de seguro de vida que omite, no questionário integrante da proposta, a preexistência de moléstias graves e até mesmo incuráveis - quando este sobrevive por vários anos, aparentando estado de saúde e de vida praticamente normais." (AgInt no AREsp 1.355.356/PR, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, j. 19/8/2019) Tal orientação também é seguida por esta eg. Câmara, confirma-se: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA - NEGATIVA DE COBERTURA - ALEGADA DOENÇA PREEXISTENTE - EXAMES PRÉVIOS À CONTRATAÇÃO - NÃO REALIZAÇÃO - FALHA DA SEGURADORA - CONTRATO DE ADESÃO - NÃO COMPROVADA MÁ-FÉ DO CONTRATANTE - ORIENTAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO STJ - MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA (ARTIGO 85, §11, DO CPC) - RECURSO NÃO PROVIDO. É assente na jurisprudência do STJ 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). [...] (N.U 1036277-28.2019.8.11.0041, CÂMARAS ISOLADAS CÍVEIS DE DIREITO PRIVADO, RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, Quarta Câmara de Direito Privado, Julgado em 22/11/2023, Publicado no DJE 27/11/2023) Conforme demonstrado no laudo pericial judicial, à época da contratação do seguro a autora apresentava nódulos tireoidianos, sem qualquer confirmação de neoplasia maligna. O diagnóstico definitivo de carcinoma papilífero da tireoide somente se deu em 24/11/2021, por meio de exame anatomopatológico realizado após intervenção cirúrgica. O próprio perito, em resposta aos quesitos formulados, foi claro ao afirmar que a diferenciação entre nódulo benigno

e carcinoma exige confirmação laboratorial, sendo tecnicamente inviável imputar à autora, leiga em medicina, o conhecimento de condição que sequer havia sido diagnosticada de forma inequívoca (id. 340412907 e id. 340412912). A tese de que a segurada agiu com má-fé baseia-se na existência de nódulos tireoidianos previamente identificados em exame datado de 23/04/2021, quando, no entanto, sequer havia definição da natureza maligna da lesão. Como bem assentado pela sentença, foi consignado por meio de perícia judicial que nódulo não é sinônimo de neoplasia maligna e, mesmo sob suspeita, não se pode exigir da parte leiga ciência inequívoca de um diagnóstico ainda em apuração. Assim, escorreita a conclusão do juízo singular de que "a autora, como segurada, por não haver diagnóstico conclusivo, mas apenas suspeita, não tinha obrigação de se autodeclarar portadora de alguma doença quando contratou o seguro." A negativa indevida, ademais, viola o princípio da boa-fé objetiva e configura prática abusiva, pois a seguradora se beneficiou dos prêmios pagos e somente se insurgiu quanto à veracidade das informações quando do sinistro, configurando comportamento contraditório. No tocante aos danos morais, é assente o entendimento desta eg. Câmara de que "A negativa imotivada de cobertura securitária configura dano moral in re ipsa, sendo devida indenização compatível com a gravidade da conduta e o sofrimento causado" (N.U 1045876-15.2024.8.11.0041, CÂMARAS ISOLADAS CÍVEIS DE DIREITO PRIVADO, RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, Quarta Câmara d e Direito Privado, Julgado em 13/08/2025, Publicado no DJE 15/08/2025). Nesse contexto, o montante de R\$ 8.000,00 arbitrado mostra-se adequado à extensão do dano e à função pedagógica da reparação, não comportando supressão ou redução. Diante do exposto, NEGO PROVIMENTO ao recurso de apelação, mantendo-se a sentença em todos os seus termos. Majoro os honorários advocatícios para 17% sobre o valor da condenação, com fulcro no art. 85, §11, do Código de Processo Civil. É como voto. Data da sessão: Cuiabá-MT, 25/02/2026