



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2635637 - RJ (2024/0170712-4)

RELATOR : **MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
AGRAVANTE : JOSE MARIA BOAS SOARES - ESPÓLIO
AGRAVANTE : MARIA DE JESUS BARROS PACHECO - INVENTARIANTE
ADVOGADO : LILIAN CORREIA LEMOS MUNHOZ ARAUJO - RJ186370
AGRAVADO : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
ADVOGADOS : ANDRE PIRES GODINHO - RJ100272
CAROLINNE GUIMARAES LIMA - DF036805
AGRAVADO : CAIXA SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : LUIZ ALBERTO BETTIOL - DF006157
GUSTAVO MIRANDA DA SILVA - RJ104197
FERNÃO COSTA - DF018283
ARTUR NABETH CARDOSO - RJ121086
LUIZ EUGÊNIO VAZ LEAL FERREIRA - RJ150394
ANA LUIZA PEREIRA DE MENDONCA - RJ211526
YURI COSTA BATISTA - DF069744

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. SÚMULA N. 518/STJ. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO NO AGRADO INTERNO. PRECLUSÃO. COBERTURA SECURITÁRIA INDEVIDA. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. AUSÊNCIA DE BOA-FÉ. ALTERAÇÃO DAS CONCLUSÕES DO TRIBUNAL DE ORIGEM QUE DEMANDAM REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7/STJ. AGRADO IMPROVIDO.

1. A não impugnação dos fundamentos da decisão agravada quanto ao óbice da Súmula n. 518/STJ, acarreta a preclusão da matéria não impugnada.
2. O Tribunal de origem, com base nos fatos e provas dos autos, concluiu que o recorrente não possui direito à cobertura securitária, pois não informou a existência de doença pré-existente, não restando configurada a boa-fé no ato de celebração da avença.
3. A alteração das premissas fixadas no acórdão recorrido demandariam reexame de fatos e provas, esbarrando no óbice da Súmula n. 7/STJ. Agravo interno improvido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andrighi votaram com o Sr. Ministro Relator.
Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 01 de junho de 2026.

Ministro Humberto Martins
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2635637 - RJ(2024/0170712-4)

RELATOR : **MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
AGRAVANTE : JOSE MARIA BOAS SOARES - ESPÓLIO
AGRAVANTE : MARIA DE JESUS BARROS PACHECO - INVENTARIANTE
ADVOGADO : LILIAN CORREIA LEMOS MUNHOZ ARAUJO - RJ186370
AGRAVADO : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
ADVOGADOS : ANDRE PIRES GODINHO - RJ100272
CAROLINNE GUIMARAES LIMA - DF036805
AGRAVADO : CAIXA SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : LUIZ ALBERTO BETTIOL - DF006157
GUSTAVO MIRANDA DA SILVA - RJ104197
ARTUR NABETH CARDOSO - RJ121086
ANA LUIZA PEREIRA DE MENDONCA - RJ211526
FERNAO COSTA - DF018283
LUIZ EUGENIO VAZ LEAL FERREIRA - RJ150394
YURI COSTA BATISTA - DF069744

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. SÚMULA N. 518/STJ. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO NO AGRADO INTERNO. PRECLUSÃO. COBERTURA SECURITÁRIA INDEVIDA. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. AUSÊNCIA DE BOA-FÉ. ALTERAÇÃO DAS CONCLUSÕES DO TRIBUNAL DE ORIGEM QUE DEMANDAM REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7/STJ. AGRADO IMPROVIDO.

1. A não impugnação dos fundamentos da decisão agravada quanto ao óbice da Súmula n. 518/STJ, acarreta a preclusão da matéria não impugnada.
2. O Tribunal de origem, com base nos fatos e provas dos autos, concluiu que o recorrente não possui direito à cobertura securitária, pois não informou a existência de doença pré-existente, não restando configurada a boa-fé no ato de celebração da avença.
3. A alteração das premissas fixadas no acórdão recorrido demandariam reexame de fatos e provas, esbarrando no óbice da Súmula n. 7/STJ. Agravo interno improvido.

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Cuida-se de agravo interno interposto por JOSE MARIA BOAS SOARES e MARIA DE JESUS BARROS PACHECO contra decisão monocrática de minha relatoria que conheceu do agravo para não conhecer do recurso especial em razão do óbice das Súmulas n. 7/STJ e 518/STJ (fls. 700-709).

Extrai-se dos autos que a parte agravante interpôs recurso especial, com fundamento no art. 105, III, "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO cuja ementa guarda os seguintes termos (fls. 508-511):

CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO. AUSÊNCIA BOA FÉ CONTRATUAL. DOENÇA PREEXISTENTE. RECURSO DESPROVIDO.

1. Trata-se de ação proposta pelo procedimento comum, com pedido de antecipação de tutela, em face da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL e CAIXA SEGURADORA S/A, objetivando, "a. A condenação das rés ao pagamento do valor da indenização do contrato de seguro à requerente, correspondente a 81,68% de responsabilidade do companheiro da autora Maria de Jesus, Sr. José Maria no contrato de financiamento do imóvel em questão, da época da abertura do sinistro junto as rés, acrescido de juros e correção monetária desde o requerimento administrativo até o efetivo pagamento (contrato 144441091260-6); b. No caso de Vossa Excelência entender diversamente do requerido acima, que a ré Caixa Econômica Federal receba diretamente da ré Caixa Seguradora o valor do saldo devedor em percentual de 81,68% de responsabilidade do companheiro da autora Maria de Jesus, Sr. José Maria Boas em decorrência de sua morte, bem como a dar efetiva quitação ao pagamento aos autores (contrato 144441091260-6); c. Que a ré Caixa Seguradora liquide o contrato de seguro diretamente a ré Caixa Econômica Federal no percentual de 81,68% do valor do saldo devedor do contrato de financiamento, percentual este de responsabilidade do esposo da requerente em decorrência de sua morte (contrato 144441091260-6); d. Sejam as rés condenadas a devolverem à autora Maria de Jesus o valor pago a maior na parcela do mês de maio de 2019, bem como nas que porventura venham a ser pagas pela autora a maior no curso da demanda, acrescidos de juros e correção monetária desde o desembolso de cada uma até a efetiva devolução (contrato 144441091260-6);" A sentença julgou improcedentes os pedidos. Houve apelação da parte autora. Réus apresentaram contrarrazões pelo desprovimento do recurso. 2. O recurso não merece guarida. Analisando os termos do contrato firmado pela parte demandante, nota-se que tanto a postulante e seu companheiro, optaram, voluntariamente, por aderir à apólice habitacional gerida pela Seguradora, consoante se nota de item 2 do "Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro" indexado ao Evento 13, PROCADM3, fl. 47, como prova a

assinatura aposta por eles no indigitado documento (fl. 51). Destaque-se que a CEF assegurou aos contratantes o direito de, até a liquidação do financiamento, a troca da seguradora por outra, desde que cumpridos os requisitos impostos pelo CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), conforme item 5 do referido documento (Evento 13, PROCADM3, fl. 51). A parte autora demandante possuiu inteira liberdade de substituir, administrativamente, a contratação da apólice de seguro habitacional por outra, o que incorreu na espécie. Bom assinalar que a demandante e seu falecido cônjuge rubricaram em todas as páginas do contrato de mútuo, bem como do Anexo I - "Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro" juntado no Evento 1, CONTR9 e 10, o que demonstra que tinham plena ciência das condições contratadas e ainda, constou, inclusive, que os mesmos tiveram acesso às Condições da apólice de seguros ofertada e contratada. 3. Imperioso trazer à tona as seguintes cláusulas contratuais securitárias (Evento 13, CONTR2, fls. 6, 8 e 9): CLÁUSULA 5ª - COBERTURAS DE NATUREZA CORPORAL. 5.1 Acham-se cobertos por este seguro os seguintes riscos de natureza corporal: a) Morte do segurado, pessoa física, qualquer que seja a causa, por acidente ou doença, exceto quando resultar, direta ou indiretamente, de acidente ocorrido ou doença adquirida antes da data da assinatura do contrato de financiamento habitacional, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou na Declaração Pessoal de Saúde (DPS), quando for o caso. CLÁUSULA 8ª - RISCOS EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE NATUREZA CORPORAL. 8.1 Acham-se excluídos da cobertura do presente seguro os seguintes riscos de natureza corporal: (...) a) A morte resultante, direta ou indiretamente, de acidente ocorrido ou de doença adquirida antes da data da assinatura do contrato de financiamento, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou na Declaração Pessoal de Saúde, quando for o caso. Por oportuno, cumpre apontar as seguintes cláusulas do contrato de financiamento imobiliário (item 3, alínea "c", do "Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro" (Evento 13, PROCADM3, fl. 47): "Na qualidade de DEVEDOR (ES) do contrato de financiamento supra, declaro (amos) ter: (...) 3. Ciência que: c) Não haverá cobertura para riscos de MIP decorrentes e/ou relacionados à doença manifesta em data anterior à assinatura do contrato de financiamento, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta do seguro e as decorrentes de eventos resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do contrato de financiamento. Há que imperar aqui o pacta sunt servanda e o princípio da autonomia da vontade. 4. Cumpre dizer, por necessário, que os contratantes autores foram instados, na seara contratual, a informar se possuíam alguma doença que pudesse interferir celebração do pacto securitário (v. item 6

da do “Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro”), o que não foi feito pelo de cujus (Evento 13, PROCADM3, fl. 51). Insta ressaltar que nos contratos de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento de um prêmio, a garantir um risco predeterminado oriundo de acontecimentos lesivos à interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou a coisa, tudo previamente calculado com base no perfil obtido com as informações prestadas pelo particular. Eventual divergência entre as declarações fornecidas pelo segurado interfere diretamente na probabilidade de ocorrência do risco coberto, fragilizando a higidez do fundo comum gerido pelo segurador através da redução do prêmio. Segundo o artigo 766 do Código Civil, 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.

5. Impende dizer que está contido na Certidão de Óbito, que a morte do segurado se deu em razão de choque hipovolêmico e hemorragia digestiva (Evento 1, CERTOBIT4). De acordo com o art. 422 do Código Civil, os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé. Além disso nos termos do do Código Civil, o segurado e o art. 765 segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes. Ora, é evidente, portanto, que a omissão das enfermidades que acometiam o falecido, ao preencher a proposta do seguro de vida, configura verdadeira violação da boa-fé contratual, dever de informação e lealdade. Destaco aqui, que a Súmula 609 do STJ, além de não ser vinculante, não se aplica ao caso, vez que houve violação, por parte dos segurados, de dever de boa fé contratual, em razão da ausência de informação relevante para a seguradora acerca de estado de saúde. Tenho, ainda, pela prova dos autos, de que houve boa fé da parte segurada. O falecido tinha conhecimento pleno da preexistência da doença e não revelou, por livre e espontânea vontade, para a seguradora. 6. Aponto que o segurador não tem que provar a má-fé do segurado para negar-lhe o direito ao seguro, competindo-lhe demonstrar que foi levado a aceitar a proposta em erro e que, se conhecesse o real estado do risco não o teria aceitado, ou o teria sob outras condições. Isso foi bem demonstrado pelas rés. Faltando com a verdade, isto é, faltando com a boa-fé, subjetiva ou objetivamente, o segurado perde direito ao seguro. Correta a seguradora em negar a cobertura se o segurado ou beneficiário quebrar o princípio da boa-fé objetiva, faltar com a verdade, comissiva ou omissivamente. Com efeito, o contrato de seguro não aceita declarações inverídicas do segurado. Agir de boa fé implica em um dever de conduta, onde se inclui a veracidade e a lealdade, pois é fiada nas declarações do segurado que a seguradora dimensionará a

sua responsabilidade, taxará o prêmio ou decidirá se aceita ou não o risco proposto, tudo em nome da mutualidade por ela gerida. Aliás, lembra-nos o PADRE JUAN EUSÉBIO, que o verdadeiro há de imperar em tudo, até mesmo na fábula . Quanto mais no contrato de seguro, onde a boa-fé é sua mais eloquente peculiaridade. 7. Destaca, ainda, o escólio do Dr. MANUEL DA COSTA MARTINS, advogado português e professor da Universidade Lusíada, em trabalho intitulado “Contributo Para a Delimitação do Âmbito da Boa-Fé no Contrato de Seguro”, que a boa fé, modelo de conduta social, é arquétipo jurídico segundo o qual cada pessoa deve ajustar a sua própria conduta a um modelo standart, agindo na relação jurídica como agiria um homem médio, normal: com honestidade, lealdade e probidade, acrescentando que esse princípio, na vertente objetiva da boa-fé, tem clara manifestação em ambos os lados da relação jurídica contratual do seguro: a) Do lado do Tomador do Seguro (Segurado) , porque ele está em uma especial posição, relativamente ao conhecimento integral e efetivo do risco ou do conjunto de riscos que pretende segurar. Por isso, desde as negociações preliminares ou pré- contratuais na conclusão do negócio e, posteriormente, deve tomar uma atitude de total clareza e de verdade relativamente ao objeto material do contrato de seguro. Durante sua vigência, deverá tomar todas as medidas necessárias para que não se verifique o sinistro ou não se agravem os danos em consequência do mesmo. Uma vez ocorrido o sinistro, o Tomador do Seguro deverá procurar encontrar soluções de modo a que o dano seja o menor possível. b) Do lado da Seguradora, o princípio da máxima boa-fé encontra análoga amplitude, nomeadamente, no dever de informação, no respeito aos princípios da hermenêutica contratual especificamente aplicável, ou seja, no modo como deve ser feita a interpretação das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato de seguro em causa e no modo como deve ser regulado um sinistro coberto pela respectiva Apólice.” 8. Sobre o princípio da boa fé no contrato de seguro: “... Todos os contratos devem, naturalmente, abeberar-se na boa- fé e na honestidade, mas, no seguro sobreleva a importância desse elemento, porque, em regra, ele se funda, precipuamente, nas mútuas afirmações das próprias partes contratantes. Além da boa-fé, devem estas obrar com veracidade, não bastam sejam leais, é preciso sejam verdadeiras. Tal obrigação existe ainda que o segurador costume proceder investigações preliminares antes de aceitar o seguro” (WASHINGTON DE BARROS MONTEIRO). Acresça-se que " A mesma regra vale com relação a reticências, isto é, com relação às circunstâncias que poderiam influir sobre o seguro e eram conhecidas do segurado ou do estipulante, que não obstante as omitiu de boa- fé ou de má-fé” (CARVALHO SANTOS). O contrato de seguro está de tal forma fundado na boa-fé que sua ausência é suficiente para retirar-lhe a eficácia, como decorre do citado do Código Civil, pois a consequência pela quebra do art. 766 princípio da boa- fé ali expressamente estabelecida, não é apenas a perda do

capital segurado ou da indenização, mas a perda da garantia, isto é, a perda do próprio seguro. Explicita-se que o Supremo Tribunal Federal - STF, quando julgava questões de seguro, deixou o seguinte e indelével legado de ensinamento jurisprudencial sobre o tema: “As companhias seguradoras não estão sequer obrigadas a examinar todas as declarações dos segurados e estipulantes, com profundidade, razão porque a lei as protege contra declarações inexatas” (STF, 2ª. Turma, Rev. Forense 82/635). 9. Adoto, ainda, como razões de decidir a seguinte fala do magistrado em sentença de evento n. 40: “Destaco, a parte final em que a parte fica ciente da perda do direito à indenização securitária no caso de declarações inexatas. No caso em espécie, o objeto dos autos versa exatamente sobre a morte resultante de doença contraída anteriormente à contratação e não declarada. Consta da Certidão de Óbito, que o falecimento se deu em razão de choque hipovolêmico e hemorragia digestiva (Evento 1, CERTOBIT4). A Seguradora também apurou administrativamente que, o esposo da Autora era portador, desde 2012, de hipertensão porta por esquistossomose (com varizes esofageanas), tendo realizado tratamento de varizes com ligadura elástica, bem como que, em 2015, sofreu hemorragia digestiva alta, quando realizou esplenectomia devido a quadro agudo de plaquetopenia, com trombose em veia porta, tendo, neste episódio, desenvolvido cirrose hepática (Evento 13, PROCADM3, fl. 79 e fl. 90). (...) Assim, quando da assinatura do contrato e do Anexo I, referente ao Seguro, em (Evento 1, CONTR10, fl. 14/09/2018 3), o Sr. José Maria Boas Soares já era portador de esquistossomose desde, pelo menos 2012. A ressalva que se faz é que a assinatura do contrato ocorreu 7 meses antes ao seu óbito. Acresça-se a tudo isso que, o fato de os contratantes não terem sido submetidos a exames médicos, não os outorga a omitir doenças anteriores a assinatura do contrato. Assim sendo, torna-se evidente que o cônjuge da autora omitiu a existência de doença prévia que pudesse prejudicar a contratação do seguro. A este respeito, cabe ressaltar que o prévio conhecimento da moléstia obriga o segurado a declarar a informação à seguradora para a análise dos riscos inerentes ao contrato. Além de tal obrigação constar do contrato firmado, ela decorre do próprio Código Civil, que traz a seguinte previsão: Se o segurado, Art. 766. 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. A sonegação dessa informação (repita-se: doença já conhecida pelo segurado) evidencia a má-fé, a qual não pode ser protegida pelo Direito”. 10. Impende dizer que a omissão dos mutuários tirou da seguradora apelada a oportunidade de solicitar exames médicos para avaliar o real risco a cobrir (como estabelecido no item 14.3 das Condições do seguro), ou, ainda, recusar a contratação, conforme prevê o item 14.5 do Condições do seguro. Ao omitir, propositadamente, que era portador das moléstias que culminaram em seu óbito, o

mutuário agiu com má-fé, impedindo, assim, que a seguradora tivesse pleno conhecimento do risco que estava assumindo, o que, portanto, justifica plenamente o indeferimento de pleito de cobertura securitária. O fato de a seguradora não ter submetido o mutuário a exames médicos prévios não o autorizava a omitir que padecia de moléstias que contribuíram para se óbito, consoante determinam os arts. 765 e 766 do Código Civil. Como bem colocou a Caixa Seguros, em contrarrazões: “38) Não prospera, por outro lado, a alegação que a cobertura securitária é devida por ele não ter sido submetido a exame médico prévio, porquanto, como exaustivamente elucidado, quando da assinatura do contrato de mútuo e da opção do seguro, os mutuários foram questionados (v. item 6 do “Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro”) se possuíam alguma doença ou situação incapacitante, tendo o de cujus, no entanto, omitido que era portador, desde 2012, de hipertensão porta por esquistossomose (com varizes esofageanas), tendo realizado tratamento de varizes com ligadura elástica, bem como que, em 2015, sofreu hemorragia digestiva alta, quando realizou esplenectomia devido a quadro agudo de plaquetopenia, com trombose em veia porta, tendo, neste episódio, desenvolvido cirrose hepática (valendo repetir que consta na Proposta de seguro expressa advertência de que ele não teria direito à indenização caso omitisse circunstância que pudessem influir na aceitação/taxação do risco)”. 11. Em contrarrazões, ainda, deixou bem explicitado a CAIXA SEGURADORA que: “24) Com efeito, a hipótese tratada nos autos é, justamente, de óbito decorrente de doenças diagnosticadas antes da aquisição da casa própria, e que, no entanto, não foram reveladas quando da assinatura do “Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro”, particular que não conta com a cobertura da apólice habitacional. 25) Quanto ao tema, cogente é ressaltar que, ao deflagrar a regulação do sinistro, verificou a Apelada, de início, que o episódio em questão foi notavelmente precoce, vez que o falecimento do mutuário, datado de ocorreu apenas 7 (sete) meses após a assinatura 27/04/2019, do contrato de mútuo (não se podendo olvidar que o prazo do contrato é de longos 420 meses, isto é, 35 anos), o que, naturalmente, levantou a suspeita de que o passamento decorreu de moléstia preexistente. 26) Apurou, em seguida, que o falecimento se deu em razão de choque hipovolêmico e hemorragia digestiva, como prova a certidão de óbito indexada ao Evento 1, CERTOBT4. 27) Descobriu, finalmente, que o esposo da Apelante era portador, desde 2012, de hipertensão porta por esquistossomose (com varizes esofageanas), tendo realizado tratamento de varizes com ligadura elástica, bem como que, em 2015, sofreu hemorragia digestiva alta, quando realizou esplenectomia devido a quadro agudo de plaquetopenia, com trombose em veia porta, tendo, neste episódio, desenvolvido cirrose hepática”. Mantenho a sentença. 12. Negado provimento à

apelação. Condeno a parte apelante em honorários recursais, estes no importe de 1% sobre o valor da causa atualizado, os quais ficam suspensos em razão da gratuidade de justiça.

Aduz que o apelo nobre busca apenas a reavaliação jurídica de fatos já delineados no acórdão recorrido e nos votos vencidos, especialmente a ausência de exames médicos prévios e a não demonstração de má-fé do segurado sem qualquer necessidade de nova instrução ou reexame de provas (fls. 737-739).

Defende a inaplicabilidade da Súmula n. 7/STJ, uma vez que o recurso especial pretende a correta qualificação jurídica de elementos fáticos já reconhecidos pelo Tribunal de origem (*causa mortis*, inexistência de exigência de exames e debate sobre má-fé), não havendo necessidade de nova análise probatória, mas sim de aplicação das normas federais invocadas (arts. 422, 423, 757, 765 e 766 do Código Civil e arts. 6º, IV e VIII, 47 e 51, IV, do CDC), à luz da orientação consolidada (fls. 737-739).

Postulou o provimento.

As partes agravadas apresentaram impugnação (fls. 743-746 e 750-760).

É, no essencial, o relatório.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Os argumentos do agravo interno não alteram as conclusões expostas na decisão agravada.

Inicialmente, observa-se que, no agravo interno, o agravante não impugnou, de forma específica o capítulo da decisão agravada que não conheceu do recurso especial em razão do óbice da Súmula n. 518/STJ.

Nos termos da jurisprudência do STJ, a ausência de impugnação a fundamentos da decisão agravada acarreta a sua preclusão, senão vejamos:

PROCESSUAL CIVIL. TRIBUTÁRIO. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. NÃO IMPUGNAÇÃO A FUNDAMENTO AUTÔNOMO DA DECISÃO AGRAVADA. PRECLUSÃO. NÃO INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 182/STJ. PRESCRIÇÃO INTERCORRENTE. MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA. DOCUMENTAÇÃO ACERCA DO TERMO INICIAL OU SUSPENSÃO DO PRAZO. JUNTADA. POSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DE MULTA. ART. 1.021, § 4º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL DE 2015. DESCABIMENTO.

I - A não impugnação dos fundamentos da decisão agravada quanto à impossibilidade de exame da divergência jurisprudencial e da alegação de violação dos

arts. 927, III, do CPC, e 40, caput, e §§1º, 2º, 3º e 4º, da Lei nº 6.830/198, acarreta a preclusão da matéria não impugnada, não incidindo a Súmula n. 182/STJ.

II - A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça admite, inclusive em embargos de declaração perante a instância revisora, a juntada de documentos que indiquem a data de entrega da DCTF ou equivalentes, por se relacionarem ao termo inicial ou à suspensão da prescrição; tratando-se de matéria de ordem pública, tais elementos não se vinculam à arguição das partes e não se submetem à preclusão.

III - Em regra, descabe a imposição da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do Código de Processo Civil de 2015 em razão do mero desprovimento do Agravo Interno em votação unânime, sendo necessária a configuração da manifesta inadmissibilidade ou improcedência do recurso a autorizar sua aplicação, o que não ocorreu no caso.

IV - Agravo Interno conhecido em parte e improvido.

(AgInt no REsp n. 2.226.484/ES, relatora Ministra Regina Helena Costa, Primeira Turma, julgado em 9/12/2025, DJEN de 12/12/2025.)

Dessa forma, tem-se por preclusa a discussão acerca do óbice da Súmula n. 518/STJ, nos termos delineados no recurso especial.

Acerca da alegada violação dos arts. 422, 423, 757, 765 e 766 do Código Civil, 6º, IV e VIII, 47 e 51, IV, do CDC, não merece conhecimento o apelo nobre.

Ocorre que a convicção do Tribunal de origem acerca da ausência do direito à cobertura securitária decorreu da análise do conjunto fático-probatório dos autos, como se infere do seguinte excerto do acórdão recorrido (fls. 513-515):

[...]

Há que imperar aqui o pacta sunt servanda e o princípio da autonomia da vontade.

Cumpra dizer, por necessário, que os contratantes autores foram instados, na seara contratual, a informar se possuíam alguma doença que pudesse interferir celebração do pacto securitário (v. item 6 da do “Anexo I - Contrato de Financiamento Imobiliário – Proposta, Opção de Seguro e demais condições para vigência do seguro”), o que não foi feito pelo de cujus (Evento 13, PROCADM3, fl. 51).

Insta ressaltar que nos contratos de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento de um prêmio, a garantir um risco predeterminado oriundo de acontecimentos lesivos à interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou a coisa, tudo previamente calculado com base no perfil obtido com as informações prestadas pelo particular. Eventual divergência entre as declarações fornecidas pelo segurado interfere diretamente na probabilidade de ocorrência do risco coberto, fragilizando a higidez do fundo comum gerido pelo segurador através da redução do prêmio. Segundo o artigo 766 do Código Civil, 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.

Impende dizer que está contido na Certidão de Óbito, que a morte do segurado se deu em razão de choque hipovolêmico e hemorragia digestiva (Evento 1, CERTOBIT4).

De acordo com o art. 422 do Código Civil, os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé. Além disso nos termos do art. 765 do Código Civil, o segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

Ora, é evidente, portanto, que a omissão das enfermidades que acometiam o falecido, ao preencher a proposta do seguro de vida, configura verdadeira violação da boa-fé contratual, dever de informação e lealdade.

Destaco aqui, que a Súmula 609 do STJ, além de não ser vinculante, não se aplica ao caso, vez que houve violação, por parte dos segurados, de dever de boa fé contratual, em razão da ausência de informação relevante para a seguradora acerca de estado de saúde. Tenho, ainda, pela prova dos autos, de que houve boa fé da parte segurada. O falecido tinha conhecimento pleno da preexistência da doença e não revelou, por livre e espontânea vontade, para a seguradora.

Aponto que o segurador não tem que provar a má-fé do segurado para negar-lhe o direito ao seguro, competindo-lhe demonstrar que foi levado a aceitar a proposta em erro e que, se conhecesse o real estado do risco não o teria aceitado, ou o teria sob outras condições. Isso foi bem demonstrado pelas rés. Faltando com a verdade, isto é, faltando com a boa-fé, subjetiva ou objetivamente, o segurado perde direito ao seguro. Correta a seguradora em negar a cobertura se o segurado ou beneficiário quebrar o princípio da boa-fé objetiva, faltar com a verdade, comissiva ou omissivamente.

Com efeito, o contrato de seguro não aceita declarações inverídicas do segurado. Agir de boa fé implica em um dever de conduta, onde se inclui a veracidade e a lealdade, pois é fiada nas declarações do segurado que a seguradora dimensionará a sua responsabilidade, taxará o prêmio ou decidirá se aceita ou não o risco proposto, tudo em nome da mutualidade por ela gerida.

Aliás, lembra-nos o PADRE JUAN EUSEBIO, que o verdadeiro há de imperar em tudo, até mesmo na fábula. Quanto mais no contrato de seguro, onde a boa-fé é sua mais eloquente peculiaridade.

[...]

O contrato de seguro está de tal forma fundado na boa-fé que sua ausência é suficiente para retirar-lhe a eficácia, como decorre do citado art. 766 do Código Civil, pois a consequência pela quebra do princípio da boa-fé ali expressamente estabelecida, não é apenas a perda do capital segurado ou da indenização, mas a perda da garantia, isto é, a perda do próprio seguro.

[...]

A revisão das conclusões do acórdão para acolher a pretensão recursal de que seria devida a cobertura securitária, e que não houve a presença de má-fé, ou ainda, acerca da pré-existência da doença, demandaria o reexame de fatos e provas dos autos, providência vedada no âmbito do recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DOS DEMANDADOS.

1. A alegação de afronta ao artigo 1.022 do CPC/2015 de forma genérica impede o conhecimento do recurso especial ante a deficiência na fundamentação. Incidência da Súmula 284 do STF, por analogia. Precedentes.

2. Na forma da jurisprudência desta Corte, é possível o afastamento da cobertura securitária na hipótese de comprovada má-fé do segurado, configurada pela omissão da informação sobre doença preexistente conhecida no momento da contratação. Incidência da Súmula 83/STJ .

3. A alteração das conclusões firmadas pelo Tribunal local, acerca da existência de má-fé do segurado, demandaria o reexame do acervo fático e probatório dos autos, o que é inviável em sede de recurso especial, a teor do disposto na Súmula 7 do STJ.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 1.988.273/DF, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 14/3/2022, DJe de 21/3/2022.)

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO HABITACIONAL. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES MÉDICOS PRÉVIOS. MÁ-FÉ NÃO COMPROVADA. AGRAVO DESPROVIDO.

I. Caso em exame

1. Agravo interno interposto contra decisão que negou provimento ao agravo em recurso especial.

II. Questão em discussão

2. Consiste em analisar se a seguradora pode recusar a cobertura securitária com base na alegação de doença preexistente, sem ter exigido exames médicos prévios ou comprovado a má-fé do segurado.

III. Razões de decidir

3. O recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido suficiente para mantê-lo não deve ser admitido, a teor da Súmula n. 283/STF.

4. Segundo a jurisprudência desta Corte, "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" (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). Incidência da Súmula n. 83/STJ.

5. A revisão das conclusões do acórdão impugnado demandaria reexame de matéria fático-probatória, o que é vedado pela Súmula n. 7 do STJ.

IV. Dispositivo e tese

6. Agravo desprovido.

Tese de julgamento: "1. A recusa de cobertura securitária por doença preexistente é ilícita se não houve exigência de exames médicos prévios à contratação ou a comprovação de má-fé do segurado."

Dispositivos relevantes citados: CC/2002, arts. 422, 757, 760, 765, 768 e 781.

Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no AgInt no AREsp n. 1.907.507/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/2/2022; STJ, AgInt no AREsp n. 2.008.938/SP, Rel. Min. João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023.

(AgInt no AREsp n. 2.567.754/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 7/4/2025, DJEN de 11/4/2025.)

Inexistentes, portanto, elementos novos a recomendar a alteração do resultado do julgamento, a decisão agravada deve ser mantida em sua integralidade.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

É como penso. É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AgInt no AREsp 2.635.637 / RJ
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0170712-4

Número de Origem:
50006619720204025108

Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA EMILIA MORAES DE ARAUJO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : JOSE MARIA BOAS SOARES - ESPÓLIO

AGRAVANTE : MARIA DE JESUS BARROS PACHECO - INVENTARIANTE

ADVOGADO : LILIAN CORREIA LEMOS MUNHOZ ARAUJO - RJ186370

AGRAVADO : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

ADVOGADOS : ANDRE PIRES GODINHO - RJ100272

CAROLINNE GUIMARAES LIMA - DF036805

AGRAVADO : CAIXA SEGURADORA S/A

ADVOGADOS : LUIZ ALBERTO BETTIOL - DF006157

GUSTAVO MIRANDA DA SILVA - RJ104197

FERNÃO COSTA - DF018283

ARTUR NABETH CARDOSO - RJ121086

LUIZ EUGÊNIO VAZ LEAL FERREIRA - RJ150394

ANA LUIZA PEREIRA DE MENDONCA - RJ211526

YURI COSTA BATISTA - DF069744

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - SEGURO

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : JOSE MARIA BOAS SOARES - ESPÓLIO
AGRAVANTE : MARIA DE JESUS BARROS PACHECO - INVENTARIANTE
ADVOGADO : LILIAN CORREIA LEMOS MUNHOZ ARAUJO - RJ186370
AGRAVADO : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
ADVOGADOS : ANDRE PIRES GODINHO - RJ100272
CAROLINNE GUIMARAES LIMA - DF036805
AGRAVADO : CAIXA SEGURADORA S/A
ADVOGADOS : LUIZ ALBERTO BETTIOL - DF006157
GUSTAVO MIRANDA DA SILVA - RJ104197
FERNÃO COSTA - DF018283
ARTUR NABETH CARDOSO - RJ121086
LUIZ EUGÊNIO VAZ LEAL FERREIRA - RJ150394
ANA LUIZA PEREIRA DE MENDONCA - RJ211526
YURI COSTA BATISTA - DF069744

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andrighi votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 01 de junho de 2026