



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2909031 - AL(2025/0130686-8)

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : CAIXA SEGURADORA S/A
ADVOGADA : KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - RJ084676
AGRAVADO : ILDENICE LIMA RIBEIRO
ADVOGADOS : GABRIELY GOUVEIA COSTA - AL011137
JOANNA FERNÁNDEZ SABINO - AL020094
PRISCILLA GUIMARÃES LESSA NETO CAVALCANTE - AL013040

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA. NEGATIVA DE COBERTURA POR DOENÇA PREEXISTENTE. CONECTÁRIOS. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E NEGAR-LHE PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial interposto contra decisão de inadmissibilidade fundada na Súmula n. 7 do STJ, com contraminuta apresentada.
2. A controvérsia trata de ação de cobrança de seguro de vida por doença incapacitante, com pedido de indenização por invalidez decorrente de acidente pessoal, danos morais e materiais.
3. Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou improcedente o pedido e condenou ao pagamento de custas e honorários, com suspensão da exigibilidade em razão da gratuidade.
4. A Corte de origem reformou parcialmente a sentença para condenar ao pagamento do prêmio conforme a apólice, com correção pelo INPC desde a contratação, incidência de Taxa Selic após a citação, além de danos morais e honorários.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há seis questões em discussão: (i) saber se o acórdão violou o art. 489, § 1º, II, do CPC por não enfrentar argumentos relevantes; (ii) saber se os embargos de

declaração foram rejeitados sem sanar omissões, em afronta ao art. 1.022, I, do CPC; (iii) saber se houve indevida ampliação da cobertura securitária em violação ao art. 757 do CC; (iv) saber se a correção monetária deve incidir desde o ajuizamento, conforme o art. 1º da Lei n. 6.899/1981; (v) saber se os juros moratórios devem fluir desde a citação, nos termos do art. 405 do CC; e (vi) saber se a atualização deve observar o IPCA e os juros à Taxa Selic, com base nos arts. 389, parágrafo único, e 406, § 1º, do CC.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não há negativa de prestação jurisdicional, pois o Tribunal de origem enfrentou de modo claro e fundamentado as questões essenciais, afastando violação aos arts. 489, § 1º, II, e 1.022, I, do CPC.

7. Aplica-se a Súmula n. 609 do STJ à recusa de cobertura sob alegação de doença preexistente sem exames prévios ou má-fé. A revisão das conclusões demandaria reexame de cláusulas contratuais e provas, incidindo os óbices das Súmulas n. 5 e 7 do STJ, além da Súmula n. 83 do STJ por consonância com a jurisprudência.

8. Quanto aos consectários legais, incidem as Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ por ausência de prequestionamento.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Agravo em recurso especial conhecido para conhecer em parte do recurso especial e negar-lhe provimento.

Tese de julgamento: Aplica-se a Súmula n. 609 do STJ à recusa de cobertura por doença preexistente sem exigência de exames prévios ou demonstração de má-fé. Incidem as Súmulas n. 5 e 7 do STJ para impedir o reexame de cláusulas contratuais e provas. Incide a Súmula n. 83 do STJ quando o acórdão está em consonância com a jurisprudência desta Corte. Incidem as Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ pela ausência de prequestionamento dos dispositivos legais sobre correção monetária e juros.

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 489 § 1º, II, 1.022 I, 373 II e 85 § 11; CC, arts. 757, 405, 389 parágrafo único e 406 § 1º; Lei n. 6.899/1981, art. 1º.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 5, 7, 83, 211 e 609; STF, Súmula n. 282.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 10/03/2026 a 16/03/2026, por unanimidade, conhecer do recurso mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 17 de março de 2026.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2909031 - AL (2025/0130686-8)

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : CAIXA SEGURADORA S/A
ADVOGADA : KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO
RODRIGUES - RJ084676
AGRAVADO : ILDENICE LIMA RIBEIRO
ADVOGADOS : GABRIELY GOUVEIA COSTA - AL011137
JOANNA FERNÁNDEZ SABINO - AL020094
PRISCILLA GUIMARÃES LESSA NETO CAVALCANTE -
AL013040

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO DE VIDA. NEGATIVA DE COBERTURA POR DOENÇA PREEXISTENTE. CONSECUTÓRIOS. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E NEGAR-LHE PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial interposto contra decisão de inadmissibilidade fundada na Súmula n. 7 do STJ, com contraminuta apresentada.
2. A controvérsia trata de ação de cobrança de seguro de vida por doença incapacitante, com pedido de indenização por invalidez decorrente de acidente pessoal, danos morais e materiais.
3. Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou improcedente o pedido e condenou ao pagamento de custas e honorários, com suspensão da exigibilidade em razão da gratuidade.
4. A Corte de origem reformou parcialmente a sentença para condenar ao pagamento do prêmio conforme a apólice, com correção pelo INPC desde a contratação, incidência de Taxa Selic após a citação, além de danos morais e honorários.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há seis questões em discussão: (i) saber se o acórdão violou o art. 489, § 1º, II, do CPC por não enfrentar argumentos relevantes; (ii) saber se os embargos de declaração foram rejeitados sem sanar omissões, em afronta ao art. 1.022, I, do CPC; (iii) saber se houve indevida ampliação da cobertura securitária em violação ao art. 757 do CC; (iv) saber se a correção monetária deve incidir desde o ajuizamento, conforme o art. 1º da Lei n. 6.899/1981; (v) saber se os juros moratórios devem fluir desde a citação, nos termos do art. 405 do CC; e (vi) saber se a atualização deve observar o IPCA e os juros à Taxa Selic, com base nos arts. 389, parágrafo único, e 406, § 1º, do CC.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não há negativa de prestação jurisdicional, pois o Tribunal de origem enfrentou de modo claro e fundamentado as questões essenciais, afastando violação aos arts. 489, § 1º, II, e 1.022, I, do CPC.

7. Aplica-se a Súmula n. 609 do STJ à recusa de cobertura sob alegação de doença preexistente sem exames prévios ou má-fé. A revisão das conclusões demandaria reexame de cláusulas contratuais e provas, incidindo os óbices das Súmulas n. 5 e 7 do STJ, além da Súmula n. 83 do STJ por consonância com a jurisprudência.

8. Quanto aos consectários legais, incidem as Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ por ausência de prequestionamento.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Agravo em recurso especial conhecido para conhecer em parte do recurso especial e negar-lhe provimento.

Tese de julgamento: Aplica-se a Súmula n. 609 do STJ à recusa de cobertura por doença preexistente sem exigência de exames prévios ou demonstração de má-fé. Incidem as Súmulas n. 5 e 7 do STJ para impedir o reexame de cláusulas contratuais e provas. Incide a Súmula n. 83 do STJ quando o acórdão está em consonância com a jurisprudência desta Corte. Incidem as Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ pela ausência de prequestionamento dos dispositivos legais sobre correção monetária e juros.

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 489 § 1º, II, 1.022 I, 373 II e 85 § 11; CC, arts. 757, 405, 389 parágrafo único e 406 § 1º; Lei n. 6.899/1981, art. 1º.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 5, 7, 83, 211 e 609; STF, Súmula n. 282.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por CAIXA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A. contra a decisão que inadmitiu o recurso especial por incidência da Súmula n. 7 do STJ à tese de inexistência de cobertura contratual para doença degenerativa (fls. 659-660).

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

Contraminuta às fls. 688-690.

O recurso especial foi interposto com fundamento no art. 105, III, a, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas em apelação cível nos autos de ação de cobrança de seguro de vida por doença incapacitante.

O julgado foi assim ementado (fls. 484-485):

EMENTA: DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL EM “AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA POR DOENÇA INCAPACITANTE”. SENTENÇA QUE JULGOU IMPROCEDENTES OS PEDIDOS FORMULADOS NA EXORDIAL, CONDENANDO A AUTORA AO PAGAMENTO DAS CUSTAS PROCESSUAIS E DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, ESTES FIXADOS EM 10% (DEZ POR CENTO) SOBRE O VALOR ATUALIZADO DA CAUSA, SOB CONDIÇÃO SUSPENSIVA DE EXIGIBILIDADE EM RAZÃO DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA. SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS. NEGATIVA DE COBERTURA SECURITÁRIA SOB A ALEGAÇÃO DE QUE A PATOLOGIA É PRÉ-EXISTENTE E NÃO TERIA DECORRIDO DO ACIDENTE. SEGURADORA QUE NÃO SE DESINCUMBIU DO ÔNUS DE COMPROVAR O FATO IMPEDITIVO, MODIFICATIVO OU EXTINTIVO DO DIREITO DA AUTORA. AUSÊNCIA DE PROVA DE MÁ-FÉ DA CONTRATANTE OU DE REALIZAÇÃO DE EXAMES NO MOMENTO DA PACTUAÇÃO. INTELIGÊNCIA DO ENUNCIADO SUMULAR 609 DO STJ. DEMANDANTE QUE SE DESINCUMBIU DO ÔNUS DE COMPROVAR O FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO. DOCUMENTOS QUE ATESTAM QUE A PATOLOGIA É DECORRENTE DO ACIDENTE SOFRIDO PELA PARTE. DEVER DA ESTIPULANTE DE PROMOVER O PAGAMENTO DO PRÊMIO, COM INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA DESDE A DATA DA CONTRATAÇÃO

(ENUNCIADO 632/STJ) COM BASE NO INPC E JUROS MORATÓRIOS DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS DESDE A CITAÇÃO. AUSÊNCIA DE PROVA DE QUALQUER DANO EMERGENTE OU LUCRO CESSANTE APTO A ENSEJAR A REPARAÇÃO. DANO MORAL VERIFICADO IN RE IPSA. PRECEDENTES DO STJ E DESTA CORTE. FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO EM R\$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS), COM INCIDÊNCIA DE JUROS MORATÓRIOS DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS DESDE A CITAÇÃO ATÉ O JULGAMENTO DESTE RECURSO, MOMENTO EM QUE INCIDIRÁ UNICAMENTE A TAXA SELIC, QUE ABRANGE AMBOS OS CONSECTÁRIOS. SENTENÇA REFORMADA, PARA CONDENAR A SEGURADORA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA E DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. SUCUMBÊNCIA MÍNIMA DA AUTORA. CONDENAÇÃO DA RÉ AO PAGAMENTO DAS CUSTAS PROCESSUAIS E DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, ESTES ARBITRADOS EM 10% (DEZ POR CENTO) SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. HONORÁRIOS RECURSAIS INDEVIDOS, EM OBSERVÂNCIA À ORIENTAÇÃO FIRMADA PELO STJ NO RESP 1.537.537/RJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

No recurso especial, a parte aponta violação dos seguintes artigos:

a) 489, parágrafo 1º, inciso II, do Código de Processo Civil, porque o acórdão teria deixado de enfrentar argumentos capazes de infirmar sua conclusão, empregou fundamentação genérica e não analisou questões de fato e de direito relevantes, inclusive a indicação de doença degenerativa sem nexos com acidente e a distinção entre “prêmio” e indenização securitária;

b) 1.022, I, do Código de Processo Civil, já que, ao rejeitar os embargos de declaração, não supriu omissões sobre: ausência de cobertura para doença degenerativa não decorrente de acidente pessoal; inobservância das cláusulas limitativas da apólice; descon sideração do laudo pericial que apontou origem degenerativa e inexistência de invalidez; contradição entre condenação ao “pagamento do prêmio” e à indenização; e definição dos consectários legais (juros e correção) à luz do art. 405 do Código Civil e do art. 1º da Lei n. 6.899/1981;

c) 757, do Código Civil, pois o acórdão teria alargado indevidamente a cobertura, impondo indenização por evento não predeterminado no contrato, uma vez que a patologia foi apontada como degenerativa e sem relação com acidente;

d) 1º, da Lei n. 6.899/1981, porquanto a correção monetária deveria incidir a partir do ajuizamento, e não desde a contratação, em hipóteses não abrangidas por título líquido e certo;

e) 405, do Código Civil, uma vez que os juros de mora deveriam fluir desde a citação, por se tratar de relação contratual;

f) 389, parágrafo único, e 406, §1º, do Código Civil, visto que, na ausência de convenção diversa, a atualização deveria observar o IPCA e os juros a Taxa Selic, ou, se pactuados, os parâmetros do contrato de seguro.

Requer o provimento do recurso para que se anule o acórdão recorrido por negativa de prestação jurisdicional e se determine o retorno dos autos ao Tribunal de origem para novo julgamento dos embargos de declaração; requer ainda o provimento do recurso para que se reconheça a violação dos arts. 489 e 1.022 do Código de Processo Civil, do art. 757 do Código Civil e do art. 1º da Lei n. 6.899/1981.

Contrarrazões às fls. 654-656.

É o relatório.

VOTO

A controvérsia diz respeito a ação de cobrança de seguro de vida por doença incapacitante em que a parte autora pleiteou o pagamento da indenização securitária por invalidez decorrente de acidente pessoal e compensação por danos morais, além de consectários legais (fls. 486-498).

Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou improcedente o pedido e condenou a autora ao pagamento de custas e honorários fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, com atualização pelo IPCA e suspensão da exigibilidade em razão da gratuidade da justiça.

A Corte de origem reformou parcialmente a sentença, para condenar a seguradora ao pagamento: do “prêmio”, nos termos da apólice vigente à época do sinistro, com correção pelo INPC desde a contratação e, após a citação, apenas Taxa Selic; de R\$ 5.000,00 a título de danos morais, com juros de 1% ao mês desde a citação até o arbitramento e, a partir daí, apenas Taxa Selic; e das custas e dos honorários de sucumbência em 10% sobre o valor da condenação (fls. 484-485).

I - Arts. 489, parágrafo 1º, II e 1.022, I, do Código de Processo Civil

Na espécie, o Tribunal de origem concluiu pela inexistência de contradição e omissão no acórdão, nos seguintes termos (fls. 555 e 558-562):

No caso em testilha, a ré/embargante alegou que o acórdão vergastado foi (I) omissivo, sob o argumento de que aplicou o entendimento firmado na Súmula 609 do STJ, como se a seguradora tivesse negado a cobertura securitária em razão de doença preexistente, bem como (II) contraditório, considerando que a demandada foi condenada ao pagamento do valor correspondente ao prêmio e na ementa aponta que é do valor da indenização securitária.

13. Nesse passo, devo consignar que a omissão refere-se à ausência de apreciação de questões relevantes sobre as quais o órgão jurisdicional deveria ter se manifestado, inclusive as matérias que devem ser conhecidas de ofício.

[...]

Destarte, in casu, é possível constatar, de logo, que o argumento da embargante de que o acórdão vergastado incorreu em omissão, porquanto aplicou o entendimento consolidado na Súmula 609 do STJ como se a seguradora tivesse negado a cobertura securitária pelo fato de a doença ser preexistente a contratação, não merece prosperar. Confira-se, in verbis, excertos do julgado:

"[...]

Desse modo, não há dúvida de que, no caso em comento, aplicam-se as normas dispostas no Código de Defesa do Consumidor. Isso porque na contratação de seguro

de vida existe nítida relação de consumo, por se tratar de serviço oferecido e fornecido, mediante remuneração, no mercado de consumo, destinado a pessoas físicas e jurídicas, nos termos dos dispositivos legais supracitados.

Ato contínuo, trago à baila o dispositivo do Código de Defesa do Consumidor que confirma a incidência da responsabilidade objetiva da parte recorrente, com base no risco da atividade: "art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos".

Ademais, os contratos de seguro possuem disciplina no Código Civil, o qual, em seu art. 757, preceitua que "pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados".

Nas lições de Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona (2017, p. 741/742) o contrato de seguro consiste no "negócio jurídico por meio do qual, mediante o pagamento de um prêmio, o segurado, visando a tutelar interesse legítimo, assegura o direito de ser indenizado pelo segurador em caso de consumação de riscos predeterminados"⁴.

Firmadas essas premissas, vê-se que a recorrida indeferiu o pedido de pagamento da indenização securitária sob o seguinte fundamento:

"Em análise a sua solicitação de esclarecimentos realizada em contato com nossa Central de Serviços e Relacionamento em 28 de abril de 2020 por meio da ocorrência de nº 04698404, e em complemento a carta explicativa de nº 3691/2020, informamos que o seu pedido de indenização não foi aprovado. Os documentos médicos apresentados para análise do processo de sinistro não permitiram alterar o parecer da Seguradora, uma vez que as lesões apresentadas NÃO foram decorrentes de fratura ou de luxação radiologicamente comprovada ao nível da coluna vertebral, não se caracterizando assim como um acidente pessoal coberto." (sic, fl. 25).

Para melhor compreensão, cumpre transcrever as cláusulas excludentes da cobertura securitária, na forma da apólice acostada à petição inicial:

"5.2. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, os eventos ocorridos em consequência de: [...] e) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais e comprovadas por exames complementares;" (sic, fl. 34, grifos no original).

A respeito do tema, o Superior Tribunal de Justiça, nos termos do enunciado sumular nº 609, definiu 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".

Sendo assim, a fim de evitar a omissão de informações por parte do segurado, é dever da seguradora, no ato da contratação do seguro a realização de exames e perícia.

[...]

No presente caso, o pagamento da indenização securitária foi indeferido sob o argumento de que a patologia que acomete a recorrente seria preexistente à contratação e não teria sido provocada pelo acidente. Entretanto, entendo que a seguradora não se desincumbiu de comprovar o fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da segurada, em atenção ao disposto no art. 373, II, do CPC, uma vez que não demonstrou que, no momento da contratação, houve a exigência de declaração de estado de saúde ou de apresentação de laudos médicos. Por outro lado, a apelante se desincumbiu de comprovar o fato constitutivo do direito, o que fez mediante a juntada de exames e laudos médicos (fls. 19; 22/23; 56; 64/65; 304; 306; 307; 308/310; 388/398; 453/457), sendo de particular relevância a transcrição do atestado de fl. 22:

Atestado médico (fl. 22)

Ortopedista Jon Mark P. X. de Brito (CRM AL 4882)

Atesto para os devidos fins que Ildenice Lima Ribeiro sofreu queda de escada em 2015. Desde então evoluiu com dor cervical irradiada para membro superior esquerdo, com déficit sensitivo e motor. Realizou ressonância magnética que identificou herniação discal C5-C6 e C4-C5. Possui limitação para realização de atividades pessoais e laborativas. Está em acompanhamento regular, com necessidade de reavaliar tratamento periodicamente e realiza fisioterapia, acupuntura e outros métodos de reabilitação. CID-10: M50.1.

Cumprе mencionar, ainda, que as apólices acostadas pelas partes possuem divergências em seus termos, especialmente no tocante à cláusula 5.2, e), visto que, no documento apresentado pela demandante (fls. 28/47) há previsão de exclusão da cobertura securitária para "qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto decorrentes de acidentes pessoais e exames complementares" (sic, fl. 34). Entretanto, no pacto carreado pela ré, o item 5.2, c), se limita apenas a excluir a proteção para qualquer tipo de hérnia e suas consequências, sem mencionar a ressalva para os casos em que a doença tenha sido originada de acidente pessoal sofrido pelo(a) segurado(a). Sendo assim, além do intento da requerida em colacionar contrato que lhe seja mais benéfico no sentido de excluir toda e qualquer proteção securitária em caso de hérnia, esta também não se desincumbiu do ônus de comprovar que a segurada agiu de má-fé ao não informar sobre o fato de ser portadora da supracitada patologia quando firmado o aludido instrumento contratual." (sic, fls. 488/492, grifos aditados).

No que se refere à alegação de que o decisum foi contraditório, em razão de constar na ementa que a seguradora foi condenada ao pagamento da indenização securitária, quando, na verdade, a determinação foi de pagar o importe referente ao valor do prêmio, entendo que também não merece guarida, visto que, tanto no voto, quanto na ementa, consignou que a ré deverá pagar o montante equivalente ao prêmio do seguro.

Dos excertos transcritos, afasta-se a alegada ofensa aos arts. 489, § 1º, II e 1.022, I, do CPC, visto que a Corte de origem examinou e decidiu, de modo claro, objetivo e fundamentado, as questões que delimitam a controvérsia, concluindo ser indevida a negativa apresentada pela agravante e reconhecendo o direito da agravada em receber o prêmio do seguro, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

Esclareça-se que o órgão colegiado não está obrigado a repelir todas as alegações expendidas no recurso, pois basta que se atenha aos pontos relevantes e necessários ao deslinde do litígio e adote fundamentos que se mostrem cabíveis à prolação do julgado, ainda que, relativamente às conclusões, não haja a concordância das partes.

II - Art. 757, do Código Civil

No que se refere ao direito à indenização, o Tribunal de origem reconheceu com base nos seguintes fundamentos (fls. 491-493):

23. No presente caso, o pagamento da indenização securitária foi indeferido sob o argumento de que a patologia que acomete a recorrente seria preexistente à contratação e não teria sido provocada pelo acidente.

24. Entretanto, entendo que a seguradora não se desincumbiu de comprovar o fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito da segurada, em atenção ao disposto no art. 373, II, do CPC, uma vez que não demonstrou que, no momento da contratação, houve a exigência de declaração de estado de saúde ou de apresentação de laudos médicos.

25. Por outro lado, a apelante se desincumbiu de comprovar o fato constitutivo do direito, o que fez mediante a juntada de exames e laudos médicos (fls. 19; 22/23; 56; 64/65; 304; 306; 307; 308/310; 388/398; 453/457), sendo de particular relevância a transcrição do atestado de fl. 22:

Atestado médico (fl. 22)

Ortopedista Jon Mark P. X. de Brito (CRM AL 4882)

Atesto para os devidos fins que Ildenice Lima Ribeiro sofreu queda de escada em 2015. Desde então evoluiu com dor cervical irradiada para membro superior esquerdo, com déficit sensitivo e motor. Realizou ressonância magnética que identificou herniação discal C5-C6 e C4-C5. Possui limitação para realização de

atividades pessoais e laborativas. Está em acompanhamento regular, com necessidade de reavaliar tratamento periodicamente e realiza fisioterapia, acupuntura e outros métodos de reabilitação. CID-10: M50.1.

26. Cumpre mencionar, ainda, que as apólices acostadas pelas partes possuem divergências em seus termos, especialmente no tocante à cláusula 5.2, e), visto que, no documento apresentado pela demandante (fls. 28/47) há previsão de exclusão da cobertura securitária para "qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto decorrentes de acidentes pessoais e exames complementares" (sic, fl. 34). Entretanto, no pacto carreado pela ré, o item 5.2, c), se limita apenas a excluir a proteção para qualquer tipo de hérnia e suas consequências, sem mencionar a ressalva para os casos em que a doença tenha sido originada de acidente pessoal sofrido pelo(a) segurado(a).

27. Sendo assim, além do intento da requerida em colacionar contrato que lhe seja mais benéfico no sentido de excluir toda e qualquer proteção securitária em caso de hérnia, esta também não se desincumbiu do ônus de comprovar que a segurada agiu de má-fé ao não informar sobre o fato de ser portadora da supracitada patologia quando firmado o aludido instrumento contratual.

28. Logo, imperioso se faz impor à seguradora a obrigação de adimplir a avença pactuada, com incidência de correção monetária pelo INPC desde a data da contratação, em atenção ao disposto no enunciado sumular nº 632 do STJ3, observando-se unicamente a Taxa Selic após a citação, termo inicial de incidência dos juros moratórios, na forma do art. 405 do CC.

Como se observa, a Corte Estadual consignou que a negativa da seguradora se deu sob o argumento de que a patologia que acomete a segurada seria preexistente à contratação e não teria sido provocada pelo acidente, divergindo dos exames e laudos médicos juntados autos e sem demonstrar a exigência prévia de declaração de estado de saúde ou de apresentação de laudos médicos na contratação.

O entendimento desta Corte Superior, conforme disposto na Súmula 609/STJ, é de que a recusa de cobertura securitária sob alegação de doença preexistente é ilícita se não houve exigência de exames médicos prévios à contratação ou demonstração de má-fé do segurado, estando o acórdão em consonância com a tese firmada, atraindo o óbice previsto na Súmula n. 83/STJ.

Ademais, a revisão das conclusões do acórdão demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório e de cláusulas contratuais, esbarrando nos óbices previstos nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

III - Arts. 1º, da Lei n. 6.899/1981, 389, parágrafo único, 405 e 406, §1º, ambos do Código Civil

Cumpra-se asseverar que a questão referente à violação dos artigos acima não foi objeto de debate no acórdão recorrido, tampouco foi matéria dos embargos de declaração – caso de aplicação das Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ.

IV - Conclusão

Ante o exposto, **conheço do agravo para conhecer em parte do recurso especial e negar-lhe provimento.**

Nos termos do § 11 do art. 85 do CPC, majoro para 12% os honorários advocatícios em desfavor da parte ora recorrente, sobre o valor já arbitrado nas instâncias de origem, ressalvada eventual concessão de gratuidade de justiça.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.909.031 / AL
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0130686-8

Número de Origem:

07220366320208020001 7220366320208020001

Sessão Virtual de 10/03/2026 a 16/03/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : CAIXA SEGURADORA S/A

ADVOGADA : KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - RJ084676

AGRAVADO : ILDENICE LIMA RIBEIRO

ADVOGADOS : GABRIELY GOUVEIA COSTA - AL011137

PRISCILLA GUIMARÃES LESSA NETO CAVALCANTE - AL013040

JOANNA FERNÁNDEZ SABINO - AL020094

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - SEGURO

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 10/03/2026 a 16/03/2026, por unanimidade, decidiu conhecer do recurso mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 16 de março de 2026