

RECURSO ESPECIAL Nº 1.230.233 - MG (2010/0219612-1) (f)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : **EDILBERTO GERALDI CARVALHO**
ADVOGADO : **ELISSANDRA CASTILHO ROLIM KAHLER REZENDE E OUTRO(S)**
RECORRIDO : **UNIMED VARGINHA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
ADVOGADO : **JULIANO VITOR DE MIRANDA E OUTRO(S)**

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. SEGURO SAÚDE. COBERTURA. RECUSA. MÁ-FÉ DO SEGURADO AO INFORMAR DOENÇAS PREEEXISTENTES. PRÉVIA SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS. DEVER DA SEGURADORA. OBESIDADE MÓRBIDA JÁ EXISTENTE NA DATA DA CONTRATAÇÃO. VÍCIO DA MANIFESTAÇÃO DE VONTADE. AUSÊNCIA.

1. Provado nos autos que, no ato de assinatura do contrato, o recorrente já era portador de obesidade mórbida, os respectivos riscos certamente foram levados em consideração e aceitos pela seguradora ao admiti-lo como segurado, não se podendo falar em vício na manifestação de vontade. Ademais, diante do quadro de obesidade mórbida, era razoável supor que o segurado apresentasse problemas de saúde dela decorrentes – inclusive diabetes, hipertensão e cardiopatia – de sorte que, em respeito ao princípio da boa-fé, a seguradora não poderia ter adotado uma postura passiva, de simplesmente aceitar as negativas do segurado quanto à existência de problemas de saúde, depois se valendo disso para negar-lhe cobertura.

2. Antes de concluir o contrato de seguro saúde, pode a seguradora exigir do segurado a realização de exames médicos para constatação de sua efetiva disposição física e psíquica, mas, não o fazendo e ocorrendo sinistro, não se eximirá do dever de indenizar, salvo se comprovar a má-fé do segurado ao informar seu estado de saúde. Precedentes.

3. A má-fé do segurado somente implicará isenção de cobertura caso tenha tido o condão de ocultar ou dissimular o próprio risco segurado, isto é, a omissão do segurado deve ter sido causa determinante para a seguradora assumir o risco da cobertura que se pretende afastar.

4. Somente se pode falar em vício da livre manifestação de vontade caso o comportamento do segurado tenha efetivamente influenciado a análise do risco, afetando de forma decisiva o desígnio da seguradora.

5. O princípio da boa-fé contratual, contido nos arts. 422 do CC/02 e 4º, III, do CDC, inclui o dever de não se beneficiar da má-fé da parte contrária. Ter-se-á caracterizada, nessa situação, o dolo recíproco ou bilateral, previsto no art. 150 do CC/02, consistente em tirar proveito da leviandade da outra parte para obter vantagem indevida no negócio.

6. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Superior Tribunal de Justiça

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Massami Uyeda, Sidnei Beneti, Paulo de Tarso Sanseverino e Vasco Della Giustina votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 03 de maio de 2011(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora



RECURSO ESPECIAL Nº 1.230.233 - MG (2010/0219612-1) (f)

RECORRENTE : EDILBERTO GERALDI CARVALHO
ADVOGADO : ELISSANDRA CASTILHO ROLIM KAHLER REZENDE E
OUTRO(S)
RECORRIDO : UNIMED VARGINHA - COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
ADVOGADO : JULIANO VITOR DE MIRANDA E OUTRO(S)

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Cuida-se de recurso especial interposto por EDILBERTO GERALDI CARVALHO com fundamento no art. 105, III, “a” e “c”, da CF, contra acórdão proferido pelo TJ/MG.

Ação: cominatória de obrigação de fazer, ajuizada pelo recorrente em desfavor de UNIMED VARGINHA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, frente a quem o autor contratou seguro saúde, objetivando que a ré forneça cobertura para a realização de cirurgia bariátrica (redução de estômago).

Sentença: julgou os pedidos procedentes, determinando que a recorrida ofereça plena cobertura para a realização da cirurgia bariátrica (fls. 361/367).

Acórdão: o TJ/MG deu provimento ao apelo da recorrida, nos termos do acórdão (fls. 460/469) assim ementado:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA. CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA PREEXISTENTE. NÃO COBERTURA. FALSA DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE. MÁ-FÉ. Comprovado que a cirurgia a que se submeteu o segurado se deu em razão de doença preexistente, é lícito à seguradora se opor ao pagamento da cobertura, quando haja expressa excludente de cobertura para tal caso, além de comprovada má-fé daquele no momento da contratação.

Embargos de declaração: interpostos pelo recorrente, foram rejeitados pelo TJ/MG (fls. 488/491).

Recurso especial: alega violação dos arts. 333, II, e 535, II, do CPC; e 6º,

Superior Tribunal de Justiça

VIII, 39, V, 47, 51, 54, § 4º, do CDC, bem como dissídio jurisprudencial (fls. 494/511).

Prévio juízo de admissibilidade: o TJ/MG negou seguimento ao recurso especial (fls. 548/550), dando azo à interposição do Ag 1.234.645/MG, ao qual dei provimento para determinar a subida dos autos principais (fls. 607 e 622).

É o relatório.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.230.233 - MG (2010/0219612-1) (f)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : EDILBERTO GERALDI CARVALHO
ADVOGADO : ELISSANDRA CASTILHO ROLIM KAHLER REZENDE E
OUTRO(S)
RECORRIDO : UNIMED VARGINHA - COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
ADVOGADO : JULIANO VITOR DE MIRANDA E OUTRO(S)

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Cinge-se a lide a determinar se o recorrente faz jus à cobertura securitária para realização de cirurgia bariátrica (redução de estômago).

I. Do prequestionamento.

Inicialmente, noto que, apesar da interposição de embargos de declaração, não houve o prequestionamento, ainda que implícito, dos arts. 333, II, do CPC; e 6º, VIII, 39, V, 47, 51, 54, § 4º, do CDC, circunstância que impossibilita o conhecimento do recurso especial à luz dos mencionados dispositivos legais. Incide à espécie a Súmula 211/STJ.

II. Da negativa de prestação jurisdicional. Violação do art. 535, II, do CPC.

Da análise do acórdão recorrido, constata-se que a prestação jurisdicional dada corresponde àquela efetivamente objetivada pelas partes, sem vício a ser sanado. O TJ/MG se pronunciou de maneira a abordar todos os aspectos fundamentais do julgado, dentro dos limites que lhe são impostos por lei, tanto que integram o objeto do próprio recurso especial e serão enfrentados logo adiante.

O não acolhimento das teses contidas no recurso não implica obscuridade, contradição ou omissão, pois ao julgador cabe apreciar a questão conforme o que ele entender relevante à lide. O Tribunal não está obrigado a julgar a questão posta a seu exame nos termos pleiteados pelas partes, mas sim com o seu livre convencimento, consoante dispõe o art. 131 do CPC.

Constata-se, em verdade, a irresignação do recorrente e a tentativa de emprestar aos embargos de declaração efeitos infringentes, o que se mostra inviável no contexto do art. 535 do CPC.

III. Do dever de oferecer cobertura para a cirurgia bariátrica.

De acordo com o TJ/MG, o recorrente “agiu de má-fé, pois contratou o plano de saúde sem dar à apelante uma visão real de suas condições físicas” (fl. 468). O Tribunal Estadual ressalta que o questionário respondido pelo recorrente à época da contratação “traz consigo a prova inequívoca dessa má-fé. Perguntado se ele era diabético a resposta foi 'não'; perguntado se é hipertenso a resposta foi 'não'; perguntado se é cardiopata a resposta foi 'não’” (fl. 466). Diante disso, conclui que “não se mostrou ilícita a negativa da apelante e cobrir as despesas advindas da cirurgia bariátrica a que se submeteu o apelado” (fl. 469).

Irrefutável, portanto, ter o recorrente apresentado informações inverídicas acerca do seu estado de saúde, sendo certo que qualquer conclusão em contrário exigiria o revolvimento do substrato fático-probatório dos autos, procedimento que encontra óbice na Súmula 07/STJ.

A jurisprudência do STJ se consolidou no sentido de ser “ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a seguradora não submeteu o segurado a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé” (AgRg no Ag 973.265/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, DJe de 17.03.2008. No mesmo sentido: EDcl no Ag 1.251.211/ES, 4ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJe de 02.03.2011; e REsp 543.089/MG, 4ª Turma, Rel. Min. Honildo Amaral de Mello Castro, DJe de 14.12.2009).

Superior Tribunal de Justiça

No mesmo sentido, ainda, o julgado alçado a paradigma pelo próprio recorrente, REsp 263.564/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, DJ de 17.05.2004, o qual se subsume perfeitamente à hipótese dos autos.

Em outras palavras, o entendimento assente nesta Corte é de que, Antes de concluir o contrato de seguro saúde, pode a seguradora exigir do segurado a realização de exames médicos para constatação de sua efetiva disposição física e psíquica, mas, não o fazendo e ocorrendo sinistro, não se eximirá do dever de indenizar, salvo se comprovar a má-fé do segurado ao informar seu estado de saúde.

Entretanto, a avaliação da conduta dolosa do segurado deve ser feita com cautela. Ela somente implicará isenção de cobertura caso tenha tido o condão de ocultar ou dissimular o próprio risco segurado, isto é, a omissão do segurado deve ter sido causa determinante para a seguradora assumir o risco da cobertura que se pretende afastar.

Conforme anota Caio Mario da Silva Pereira, “o que se tem de indagar é se o dolo foi a causa determinante do ato”. Trata-se do denominado dolo principal, que, de acordo com o autor, “conduz o agente à declaração de vontade, fundado naquelas injunções maliciosas, o que de outra maneira dito significa que o dolo só tem o efeito de anular o negócio jurídico quando chegue a viciar e desnaturar a declaração de vontade” (**Instituições de direito civil**. vol. I, 21ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 527).

Realmente, só se pode falar em vício da livre manifestação de vontade caso o comportamento do segurado tenha efetivamente influenciado a análise do risco, afetando de forma decisiva o desígnio da seguradora.

Nesse aspecto, consta do acórdão recorrido que a obesidade mórbida do recorrente “é anterior à contratação” (fl. 468).

A obesidade mórbida é, como indica o próprio nome, aquela que traz consigo doenças – ou o alto risco de adquiri-las – associadas ao excesso de peso. Para graduação da obesidade a Organização Mundial da Saúde utiliza o IMC – Índice de Massa Corporal, correspondente ao peso em quilos dividido pelo resultado da multiplicação da altura em metros por ela mesma ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$), sendo um IMC acima de 40 kg/m^2 indicativo da obesidade mórbida.

Na hipótese específica dos autos, toma-se por incontroverso (eis que não

impugnado pela recorrida) que, na data da contratação do plano, o recorrente declarou à seguradora que pesava 146 quilos e tinha uma altura de 1,53 metros, o que resulta num IMC de 62 kg/m², indicador claro de obesidade mórbida.

Não bastasse isso, é evidente que a estatura e o peso do recorrente permitem identificar, num simples passar de olhos, que se trata de pessoa que padece de obesidade mórbida. Com efeito, considerando que o IMC de um peso saudável se situa entre 20 kg/m² e 25 kg/m², conclui-se que o recorrente deveria pesar, no máximo, algo em torno dos 60 quilos. No ato de adesão ao contrato, porém, o recorrente encontrava-se mais de 85 quilos acima do seu peso ideal, situação que, por óbvio, foi constatada pela seguradora e que notoriamente acarreta diversos males à saúde, bem como vem cada vez mais sendo tratada por intermédio da cirurgia para redução do estômago.

Isso significa que, no ato de assinatura do contrato, a seguradora sabia da obesidade mórbida do recorrente, sendo evidente que os respectivos riscos certamente foram levados em consideração e aceitos ao admiti-lo como segurado, não se podendo falar em vício na manifestação de vontade.

A questão também merece enfoque à luz do princípio da boa-fé, contido nos arts. 422 do CC/02 e 4º, III, do CDC. Como bem observa Judith Martins-Costa, esse princípio serve de parâmetro de interpretação do contrato, atuando como “mandamento imposto ao juiz de não permitir que o contrato, como regulação objetiva, dotada de um específico sentido, atinja finalidade oposta ou contrária àquela que, razoavelmente, à vista de seu escopo econômico-social, seria lícito esperar” (**A boa-fé no direito privado**. São Paulo: RT, 1999, p. 432).

Estabelecida essa premissa, mostra-se plausível admitir que, quando procurou a recorrida, o recorrente buscava um seguro que oferecesse cobertura para os riscos à sua saúde, notadamente aqueles derivados do seu sobrepeso. A recorrida, por sua vez, mesmo ciente do quadro de obesidade mórbida do recorrente, concordou em firmar o contrato. Diante disso, a prevalecer a boa-fé contratual, não há como admitir a recusa da seguradora em oferecer cobertura para um sinistro derivado especificamente da obesidade mórbida do segurado, sob pena de se estar negando vigência àquilo que as partes precipuamente tinham em mente quando celebraram o contrato.

Superior Tribunal de Justiça

Não se está, aqui, ignorando as informações inverídicas prestadas pelo recorrente, porém o panorama fático traçado pelas instâncias ordinárias evidencia que elas não tiveram influência direta sobre a declaração de vontade da recorrida, tampouco tiveram o condão de afetar o equilíbrio do contrato firmado pelas partes. A seguradora tinha consciência da obesidade mórbida do segurado e, ainda assim, concluiu o acordo.

Vale destacar, nesse ponto, que o contrato de seguro foi firmado em 09.08.1996, enquanto o diagnóstico pela necessidade de redução do estômago foi dado apenas em 05.08.2002, ou seja, 06 anos depois, o que está a demonstrar não ter havido a premeditação dolosa do recorrente em contratar o plano de saúde objetivando cobertura para a cirurgia bariátrica.

Por outro lado, ainda no campo da boa-fé contratual, há de se levar em conta que esta inclui o dever de não se beneficiar da má-fé da parte contrária. Ter-se-á caracterizada, nessa situação, o dolo recíproco ou bilateral, previsto no art. 150 do CC/02, consistente em tirar proveito da leviandade da outra parte para obter vantagem indevida no negócio.

No escólio de Roberto Senise Lisboa, no dolo bilateral “ninguém poderá invocá-lo para buscar a anulação do ato ou negócio jurídico, porque prevalece a regra segundo a qual ninguém pode invocar a própria torpeza” (**Manual de direito civil**, vol. I, 3ª ed. São Paulo: RT, 2003, p. 549).

No particular, era razoável supor que o segurado apresentasse problemas de saúde decorrentes da obesidade – inclusive diabetes, hipertensão e cardiopatia – de sorte que, em respeito ao princípio da boa-fé, a seguradora não poderia ter adotado uma postura passiva, de simplesmente aceitar as negativas do segurado quanto à existência de problemas de saúde, depois se valendo disso para negar-lhe cobertura.

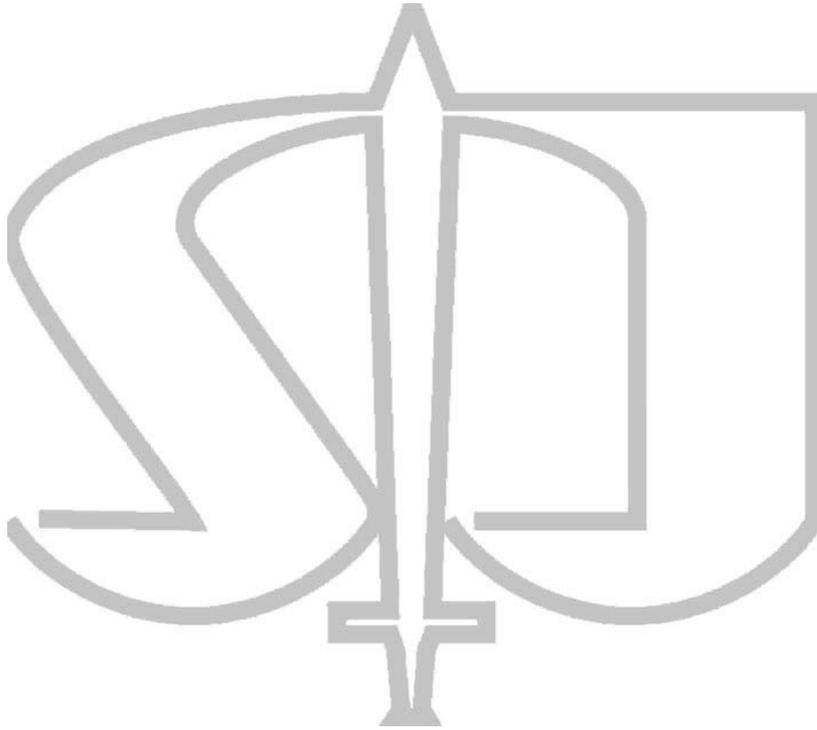
Repise-se que, nos termos da jurisprudência desta Corte, de regra cumpre à seguradora exigir do segurado a realização de exames médicos para constatação de sua efetiva disposição física e psíquica. Essa obrigação subsiste independentemente das respostas fornecidas pelo segurado ao preencher questionário de avaliação de saúde, até porque este nem sempre sabe que é portador de determinada doença.

Sendo assim, por qualquer ângulo que se aprecie a controvérsia, sobressai o

Superior Tribunal de Justiça

dever de cobertura da seguradora.

Forte nessas razões, DOU PROVIMENTO ao recurso especial, para restabelecer a condenação imposta na sentença.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2010/0219612-1

REsp 1.230.233 / MG

Números Origem: 10707020520979 10707020520979003 1516231201017 583938200719

PAUTA: 03/05/2011

JULGADO: 03/05/2011

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MASSAMI UYEDA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **JUAREZ ESTEVAM XAVIER TAVARES**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : EDILBERTO GERALDI CARVALHO

ADVOGADO : ELISSANDRA CASTILHO ROLIM KAHLER REZENDE E OUTRO(S)

RECORRIDO : UNIMED VARGINHA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : JULIANO VITOR DE MIRANDA E OUTRO(S)

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Seguro

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Massami Uyeda, Sidnei Beneti, Paulo de Tarso Sanseverino e Vasco Della Giustina (Desembargador convocado do TJ/RS) votaram com a Sra. Ministra Relatora.