

Diário de Justiça Eletrônico Nacional - CNJ - MT

Data de Disponibilização: 17/02/2026

Data de Publicação: 17/02/2026

Região:

Página: 17899

Número do Processo: 1023262-94.2016.8.11.0041

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MATO GROSSO - DJEN - DJEN

Processo: **1023262 - 94.2016.8.11.0041** Órgão: Primeira Câmara de Direito Privado

Data de disponibilização: 16/02/2026 Classe: APELAÇÃO CÍVEL Tipo de comunicação:

Intimação Meio: Diário de Justiça Eletrônico Nacional Parte(s): **BANCO DO BRASIL SA**

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS Advogado(s): JACO CARLOS SILVA COELHO

OAB 15013-S MT JOSE ARNALDO JANSSEN NOGUEIRA OAB 19081-A MT SERVIO TULIO

DE BARCELOS OAB 14258-A MT Conteúdo: ESTADO DE MATO GROSSO PODER

JUDICIÁRIO PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO Número Único: **1023262 -**

94.2016.8.11.0041 Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198) Assunto: [Seguro] Relator: Des(a).

CLARICE CLAUDINO DA SILVA Turma Julgadora: [DES(A). CLARICE CLAUDINO DA SILVA,

DES(A). MARCIO APARECIDO GUEDES, DES(A). RICARDO GOMES DE ALMEIDA] Parte(s):

[BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS - CNPJ: 28.196.889/0001-43 (APELANTE), JACO

CARLOS SILVA COELHO - CPF: 361.251.211-00 (ADVOGADO), ESPÓLIO DE MAURO LUIZ

DOS SANTOS registrado(a) civilmente como MAURO LUIZ DOS SANTOS - CPF:

255.319.806-04 (APELADO), MARIANA DO NASCIMENTO SANTOS - CPF:

013.591.741-76 (ADVOGADO), MARCELO FALCAO FERREIRA - CPF: 452.112.301-59

(ADVOGADO), BANCO DO BRASIL SA - CNPJ: 00.000.000/0001-91 (APELANTE), ROMEL

LUIZ DOS SANTOS - CPF: 239.806.136-15 (REPRESENTANTE/NOTICIANTE), SERVIO

TULIO DE BARCELOS - CPF: 317.745.046-34 (ADVOGADO), JOSE ARNALDO JANSSEN

NOGUEIRA - CPF: 497.764.281-34 (ADVOGADO)] A C Ó R D ã O Vistos, relatados e

discutidos os autos em epígrafe, a PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO do

Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência Des(a). CLARICE

CLAUDINO DA SILVA, por meio da Turma Julgadora, proferiu a seguinte decisão: POR

UNANIMIDADE, NEGOU PROVIMENTO AO RECURSO INTERPOSTO POR BANCO DO

BRASIL SA E DEU PARCIAL PROVIMENTO AO APELO DE BRASILSEG COMPANHIA DE

SEGUROS. E M E N T A Direito Civil E Processual Civil. Apelação Cível. Seguro

Prestamista. Recusa De Cobertura. Recurso da Seguradora. Omissão De Doença

Preexistente. Exames Médicos Não Exigidos. Má-Fé Não Comprovada. Dever de pagar a

indenização securitária até o limite da dívida remanescente. Recurso do Banco.

Manutenção De Cobranças Após O Óbito. Responsabilidade Do Estipulante. Adequação

dos consectários legais. Manutenção dos Honorários Advocatícios. Recurso Do Banco

Desprovido. Recurso Da Seguradora Parcialmente Provido. I. Caso em exame 1. Ação de

cobrança de indenização securitária ajuizada por espólio em razão da negativa de

cobertura pelo seguro prestamista firmado com a Brasilseg, vinculado a operação de

crédito junto ao Banco do Brasil, após o falecimento do segurado. 2. A seguradora

recusou o pagamento alegando omissão dolosa de doenças preexistentes; o Banco

continuou cobrando parcelas após o óbito. II. Questão em discussão 3. A questão controvertida consiste em verificar: (i) a validade da recusa da seguradora com base em omissão de doença preexistente; e (ii) a responsabilidade do Banco do Brasil por cobranças indevidas após o falecimento. III. Razões de decidir 4. A recusa da cobertura é indevida, pois não houve exigência de exames médicos na contratação ou a demonstração inequívoca de má-fé do segurado, conforme Súmula 609 do STJ. 5. A seguradora assumiu o risco ao aceitar proposta com base em declaração padrão, sem avaliação clínica. 6. O Banco é responsável por valores cobrados indevidamente após o óbito, por falha na prestação do serviço e omissão na busca pela cobertura securitária. 7. A correção monetária da indenização securitária incide a partir do óbito do segurado (21/09/2015), pois é neste momento que se configura o fato gerador da obrigação de indenizar. Os juros moratórios são devidos a partir da recusa administrativa injustificada (22/09/2016), aplicando-se a Taxa Selic, deduzido o percentual do IPCA, para evitar duplicidade na incidência dos encargos, conforme orientação do STJ. 8. O Banco é parte legítima por ser estipulante do contrato de seguro e beneficiário direto da apólice, integrando a cadeia de fornecimento e estando sujeito à responsabilização objetiva nos termos do CDC. 9. O percentual de 10% fixado na sentença é compatível com a complexidade da causa e o trabalho desenvolvido. IV. Dispositivo e tese 10. Recurso do Banco do Brasil S.A. desprovido e recurso da Brasilseg parcialmente provido para correção da data da recusa e adequação dos consectários legais. Tese de julgamento: "É indevida a recusa de cobertura securitária fundada em doença preexistente não declarada quando não exigidos exames médicos prévios e ausente prova inequívoca de má-fé do segurado." _____ Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 757, 760, 765, 766; CPC, arts. 85, §§ 2º e 11, 507; CDC, art. 14. Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 609; AgInt no AREsp 2539406/RS, DJe 01/10/2024. R E L A T Ó R I O RECURSO DE APELAÇÃO N.º **1023262 - 94.2016.8.11.0041** RELATÓRIO EXMA. SRA. DESA. CLARICE CLAUDINO DA SILVA (RELATORA) São 02 (dois) recursos de apelação interpostos em virtude da sentença proferida pela Juíza da 11ª Vara Cível da Comarca de Cuiabá, que julgou procedentes os pedidos formulados na Ação de Cobrança de indenização securitária movida pelo Espólio de Mauro Luiz dos Santos, representado pelo inventariante Romel Luiz dos Santos, em face da Brasilseg Companhia de Seguros e do Banco do Brasil S.A. A Juíza compeliu a Seguradora ao pagamento da indenização securitária prevista na apólice de seguro prestamista nº 16579630, no montante de R\$ 150.472,33 (cento e cinquenta mil, quatrocentos e setenta e dois reais e trinta e três centavos), acrescido de juros e correção monetária pela Taxa Selic até a vigência da Lei nº 14.905/2024, quando então será aplicado o IPCA para correção e Selic para juros, abatido desta o valor do IPCA, a partir da recusa administrativa (22.09.2015) e do óbito do segurado (21.09.2015), respectivamente. E mais: compeliu o corréu Banco do Brasil S.A. à restituição de eventuais valores pagos indevidamente pelo espólio ou herdeiros, a ser apurado em sede de liquidação de sentença. Por fim, condenou os réus ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da condenação. O Banco do Brasil S.A. suscitou a preliminar de ilegitimidade passiva, ao argumento de que não há falha na prestação de serviços bancários e que inexistente responsabilidade da

instituição financeira no contrato de seguro firmado entre a parte autora e a Companhia de Seguros Aliança do Brasil. Defendeu que, se houve erro ou equívoco no cumprimento do contrato, tal erro foi da seguradora, única detentora e pactuante do contrato com a parte autora. No mérito, sustentou o não cabimento da condenação à restituição de valores, pois não há se falar em prejuízo material ou dano indenizável. Argumentou que a seguradora não deu causa ao suposto prejuízo, visto que o próprio cliente deixou de realizar os pagamentos, mesmo havendo tentativas de cobrança. Aduziu que não há provas nos autos do alegado prejuízo sofrido e que não há nexo causal ou culpa praticada pela parte ré. Quanto aos honorários advocatícios, sustentou que os honorários foram fixados em 10% de forma completamente inadequada. Considerando o trabalho desenvolvido, a complexidade da causa e o valor de seu proveito econômico, considerou que não se justiça a verba honorária em 10% sobre o valor da condenação, e pediu sua redução. A Brasilseg Companhia de Seguros sustenta, em síntese, que a sentença incorreu em equívoco ao desconsiderar o acervo fático-probatório quanto à existência de doença preexistente à contratação do seguro. Afirmou que o segurado falecido omitiu dolosamente, no momento da contratação, a existência de enfermidades graves que acometiam sua saúde desde 2005, conforme ficou demonstrado no laudo pericial judicial, o qual identificou histórico clínico evolutivo de hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, depressão, hepatopatia e doença de Alzheimer. Argumentou que tal omissão caracteriza violação ao princípio da boa-fé objetiva que rege os contratos de seguro, nos termos dos artigos 422, 765 e 766 do Código Civil, e que a aplicação do artigo 766 do Código Civil não pode ser afastada pela simples ausência de exigência de exames médicos prévios pela seguradora. Sustentou que o segurado tinha pleno conhecimento de seu estado de saúde e, mesmo assim, declarou na Declaração Pessoal de Saúde não possuir enfermidades graves, o que configura má-fé contratual apta a afastar o dever de indenizar. Alegou que o Verbete de Súmula 609 do STJ possui segunda parte que excepciona a ilicitude da recusa quando demonstrada a má-fé do segurado, o que teria ocorrido no caso concreto. Forte nesses argumentos, pediu a reforma da sentença. Em pedido subsidiário, requereu a reforma da sentença quanto aos parâmetros de correção monetária e dos juros moratórios, de modo que seja fixado termo inicial único para ambos os encargos, evitando-se obscuridade na aplicação da Taxa Selic, que por sua natureza engloba correção monetária e juros. Pugnou pela manutenção da Selic como índice único até a entrada em vigor da Lei nº 14.905/2024 e, a partir de então, pela aplicação do IPCA para correção e da Selic líquida para juros moratórios, com a devida dedução do percentual do IPCA. Apontou, ademais, erro material na sentença ao consignar a data de 22.09.2015 como termo da recusa administrativa, quando os documentos demonstram que a recusa foi encaminhada em 22.09.2016. As contrarrazões foram anexadas no ID 328248008. É o relatório. Cuiabá, data registrada no sistema. Des.^a Clarice Claudino da Silva Relatora V O T O R E L A T O R VOTO Eminentes Pares, A controvérsia decorre de contrato de seguro prestamista firmado com a Brasilseg Companhia de Seguros, em 20/01/2014, vinculado a operação de crédito entabulada com o Banco do Brasil S.A. no valor de R\$ 150.472,33 (cento e cinquenta mil, quatrocentos e setenta e dois reais e trinta e três centavos), cujo objeto consistia na cobertura do saldo devedor em caso de falecimento do devedor/segurado

Mauro Luiz dos Santos. Ocorrido o sinistro em 21/09/2015, a seguradora negou o pagamento da indenização sob o fundamento de que o segurado teria omitido, de forma dolosa, a existência de doenças preexistentes à contratação. A Seguradora disse que essa circunstância autoriza a recusa com base no artigo 766 do Código Civil. A notificação da recusa é datada de 22/09/2016. O Banco do Brasil S.A., por sua vez, continuou a lançar cobranças das parcelas do financiamento mesmo após o falecimento do contratante, gerando acúmulo de encargos em desfavor do espólio. De acordo com o extrato anexado no ID 328247852, foram procedidas duas cobranças após o óbito: outubro e novembro de 2015. No decorrer do trâmite processual, foi realizada perícia para aferir a real causa do óbito do segurado com base na documentação médica apresentada pela seguradora, cujo laudo está anexado no ID 328247981. De acordo com o perito judicial, foi possível comprovar a existência de patologias crônicas com evolução desde 2005 e que o processo evolutivo e progressivo determinou o óbito em 21/09/2015. Ao prolatar a sentença recorrida, à luz do CDC, a Juíza singular expôs que a apólice nº 16579630 (id. 4491086) foi contratada em 20.01.2014 e previa a cobertura do saldo devedor em caso de falecimento do contratante; contudo, à época, a seguradora não exigiu exame médico prévio, tampouco avaliação clínica aprofundada, limitando-se a colher simples Declaração Pessoal de Saúde, padrão, pré-redigida, de caráter unilateral, e sem qualquer prova de que o contratante tenha sido esclarecido acerca da gravidade das informações ali prestadas. Diante disso, condenou a seguradora ao pagamento da indenização securitária prevista na apólice de seguro prestamista nº 16579630, no montante de R\$ 150.472,33 (cento e cinquenta mil, quatrocentos e setenta e dois reais e trinta e três centavos), acrescido de juros e correção monetária pela Taxa Selic até a vigência da Lei nº 14.905/2024, quando então passaria a ser aplicado o IPCA para correção e Selic para juros, abatido desta o valor do IPCA, a partir da recusa administrativa (22.09.2015) e do óbito do segurado (21.09.2015), respectivamente. Ademais, condenou o Banco do Brasil S.A. à restituição de eventuais valores pagos indevidamente pelo espólio ou herdeiros, a ser apurado em sede de liquidação de sentença, acrescido dos mesmos consectários legais, a partir da citação e do efetivo desembolso. Por fim, impôs a ambos os réus o pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da condenação. Inconformados, os demandados recorreram. O Banco do Brasil S.A. suscitou preliminar de ilegitimidade passiva. No mérito, defendeu o não cabimento da condenação à restituição de valores. Aduziu que não há provas do alegado prejuízo sofrido, não há nexo causal ou culpa praticada pela seguradora. Quanto aos honorários advocatícios, pugnou pela redução do percentual fixado. De seu turno, a Seguradora sustentou equívoco ao desconsiderar o acervo fático-probatório quanto à existência de doença preexistente à contratação do seguro. Afirmou que, no momento da contratação, o segurado falecido, Sr. Mauro Luiz dos Santos, omitiu a existência de enfermidades graves que acometiam sua saúde desde 2005, conforme demonstrado no laudo pericial judicial, o qual identificou histórico clínico evolutivo de hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, depressão, hepatopatia e doença de Alzheimer. Sustentou que o segurado tinha pleno conhecimento de seu estado de saúde e, mesmo assim, declarou na Declaração Pessoal de Saúde não possuir enfermidades

graves, o que configura má-fé contratual apta a afastar o dever de indenizar. Em pedido subsidiário, requereu a reforma da sentença quanto aos parâmetros de correção monetária e dos juros moratórios. A questão fulcral devolvida ao conhecimento desta Corte consiste em verificar, em primeiro lugar, a subsistência da condenação da seguradora ao pagamento da indenização securitária prevista em contrato de seguro prestamista, diante da alegação de omissão dolosa de doença preexistente por parte do segurado falecido, à luz do regime jurídico delineado pelos artigos 765 e 766 do Código Civil e pela Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça. Em segundo plano, impõe-se examinar a responsabilidade do Banco do Brasil S.A. pela continuidade das cobranças das parcelas do financiamento após o falecimento do contratante, bem como a correção dos parâmetros de incidência dos consectários legais, à vista da superveniência da Lei nº 14.905/2024 e da jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça. Com efeito, o contrato de seguro configura negócio jurídico fundado na confiança recíproca entre segurado e segurador, circunstância que impõe às partes contratantes a observância do dever de boa-fé em seu grau máximo. Essa é a inteligência do artigo 765 do CC. Tal disposição normativa não constitui mera recomendação ética, mas verdadeiro dever jurídico de conduta, cujo descumprimento pode acarretar consequências patrimoniais relevantes, inclusive a perda do direito à garantia, conforme previsto no artigo 766 do mesmo diploma legal: "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". É certo que o dispositivo em comento estabelece presunção legal de perda do direito à indenização quando o segurado presta declarações inexatas ou omite circunstâncias relevantes para a aceitação da proposta ou para a fixação do valor do prêmio. A despeito disso, a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, consubstanciada no Verbete de Súmula 609, delimitou de forma precisa a interpretação da norma, ao estabelecer 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" (sem destaques no original). Está claro que a aplicação do artigo 766 do CC não se opera de maneira automática e exige a demonstração cabal de que o segurado tinha pleno conhecimento da doença que ensejou o sinistro e, de forma intencional, omitiu tal informação da seguradora com o objetivo de fraudar a avença, configurandose dolo específico de omissão intencional e consciente. No caso, a seguradora não se desincumbiu do ônus de comprovar, de forma inequívoca, a má-fé do segurado falecido. A adesão ao seguro prestamista se deu no mesmo ato da contratação do mútuo bancário, em 20/01/2014, mediante a coleta de Declaração Pessoal de Saúde, documento padrão, unilateral e sem qualquer prova de que o contratante tenha sido esclarecido acerca da gravidade das informações ali prestadas ou das consequências jurídicas de eventual omissão. E o mais grave: à época da adesão, a seguradora não exigiu exame médico prévio ou avaliação clínica aprofundada, limitando-se a aceitar a proposta com base em informações prestadas pelo segurado, o que caracteriza opção negocial da própria seguradora, que assumiu o risco de tal escolha. Ademais, apesar de o laudo pericial (ID 178332805) ter identificado histórico

clínico evolutivo de hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, depressão, hepatopatia e doença de Alzheimer, não identificou se o segurado tinha plena ciência das enfermidades e, menos ainda, que tenha deliberadamente ocultado tais informações com intuito fraudulento. Trata-se de inferência conjectural, insuficiente para afastar o direito à cobertura, porquanto a ciência sobre indícios clínicos não equivale à compreensão técnica sobre a existência de moléstia grave, em especial para pessoa leiga, razão pela qual não se configura má-fé. Para ilustrar: "(...) 1. Segundo orientação desta Corte, consolidada na Súmula 609/STJ, "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". 2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente afastado a má-fé do segurado 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. Precedentes. 3. "A circunstância de haver doença preexistente que fragilizava a saúde do segurado (hepatopatia crônica), doença não informada quando da contratação da apólice, mesmo que tenha contribuído indiretamente para a morte, não exime a seguradora de honrar sua obrigação em caso de óbito cuja causa direta não foi a doença omitida" (REsp 765 .471/RS, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado em 6/12/2012, DJe de 7/3/2013). (...) . 5. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar provimento ao recurso especial. (STJ - AgInt no AREsp: 2539406 RS 2023/0435478-0, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 23/09/2024, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/10/2024). Assim sendo, ausente a prova cabal da ciência prévia do segurado sobre a doença, e tendo a Seguradora deixado de exigir exames médicos, impõe-se o reconhecimento de que a recusa da cobertura foi indevida e ilícita, devendo ser mantida a condenação da seguradora ao pagamento da indenização securitária prevista na apólice de seguro prestamista nº 16579630. Nesse passo, afasto a tese recursal deduzida pela Brasilseg Companhia de Seguros no que tange à omissão dolosa de doença preexistente, porquanto não demonstrada, de forma inequívoca, a má-fé do segurado falecido. No que concerne à tese de que a sentença seria omissa quanto à destinação do capital segurado, argumento de que a obrigação da seguradora seria a quitação ou amortização do débito junto ao primeiro estipulante (Banco do Brasil S.A.), e somente em caso de saldo remanescente deveria ser pago aos herdeiros do segurado, observo que tal matéria não constitui, a rigor, questão de mérito a ensejar reforma da sentença, mas tão somente esclarecimento quanto à forma de cumprimento da obrigação. Ora, conforme previsto nos artigos 757 e 760 do Código Civil, a própria natureza do seguro prestamista estabelece que a indenização securitária tem por finalidade a quitação ou amortização do saldo devedor do contrato de financiamento até o limite do capital segurado, sendo certo que eventual saldo remanescente deve ser direcionado aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária prevista no artigo 792 do Código Civil. Nesse contexto, caberá à Seguradora efetuar o pagamento da indenização diretamente ao Banco do Brasil S.A., na qualidade de beneficiário direto da apólice, até o limite do saldo devedor existente e, caso haja saldo remanescente, este deverá ser direcionado aos herdeiros

legais do segurado. Relativamente ao erro material na sentença quanto à data da recusa administrativa, observo que a seguradora apelante tem razão ao apontar que a recusa foi encaminhada à parte autora em 22.09.2016, e não em 22.09.2015. No que tange aos consectários legais, a questão suscitada pela seguradora apelante merece acolhimento. Em regra, nos casos de responsabilidade contratual, os termos iniciais da correção monetária e dos juros de mora são, respectivamente, a data da contratação e a da citação. A despeito disso, a obrigação decorrente de contrato de seguro prestamista evidencia que o direito à indenização securitária nasce no momento da ocorrência do sinistro, ou seja, no momento do falecimento do segurado, em 21/09/2015, porquanto é nesse momento que se perfectibiliza o fato gerador da obrigação de indenizar por parte da seguradora. Assim, a correção monetária deve ser computada a partir do óbito (21/09/2015), pelo índice do IPCA. Já os juros moratórios são devidos a partir do momento em que a seguradora foi constituída em mora, ou seja, a partir da recusa injustificada do pagamento da indenização, que se deu em 22/09/2016, pela taxa Selic, deduzido o percentual equivalente ao IPCA, evitando-se, assim, a incidência em duplicidade. No tocante ao recurso interposto pelo Banco do Brasil S.A., a pretensão recursal não comporta acolhimento. Com efeito, a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada pela instituição financeira foi apreciada e rejeitada na decisão saneadora proferida pelo Juízo de primeiro grau, não tendo sido objeto de recurso oportuno, razão pela qual se operou a preclusão consumativa, nos termos do artigo 507 do Código de Processo Civil. Ainda que assim não fosse, a legitimidade passiva do Banco decorre da sua qualidade de estipulante do contrato de seguro e de beneficiário direto da apólice, circunstância que o torna parte legítima para figurar no polo passivo da demanda. Ora, a instituição financeira que participa da cadeia de consumo é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda, uma vez que pertence à cadeia de fornecimento. No mérito, a responsabilidade do Banco pela continuidade das cobranças das parcelas do financiamento após o falecimento do contratante decorre da falha na prestação de serviços, nos termos do artigo 14, caput, do CDC. Na qualidade de beneficiário direto da apólice de seguro prestamista, o Banco tinha o dever de diligenciar junto à seguradora para obter a cobertura prevista no contrato e, ao deixar de fazê-lo, continuou a lançar encargos e juros sobre o Espólio do segurado, criando situação de enriquecimento indevido. Portanto, não há retoques a serem feitos no capítulo da sentença que ordenou a restituição de eventuais valores pagos indevidamente pelo espólio ou herdeiros, a ser apurado em sede de liquidação de sentença. Por fim, no que concerne aos honorários advocatícios, o percentual de 10% (dez por cento) do valor atualizado da condenação se mostra adequado e proporcional à complexidade da causa, ao trabalho desenvolvido pelo advogado da parte autora e ao proveito econômico obtido, não merecendo redução, nos termos do artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil. Feitos esses esclarecimentos, conheço de ambos os recursos e, no mérito, nego provimento ao apelo interposto pelo Banco do Brasil S.A. e dou parcial provimento ao apelo interposto pela seguradora Brasilseg Companhia de Seguros. De conseguinte: (a) Corrijo o erro material para constar que a data da recusa administrativa é 22/09/2016. (b) Adequo os consectários legais e determino que a correção monetária incida a partir da data do óbito do segurado (21/09/2015), pelo índice IPCA, e que os juros moratórios incidam a

partir da recusa administrativa (22/09/2016) pela Taxa Selic, deduzido o percentual equivalente ao IPCA, evitando-se a incidência em duplicidade. No mais, mantenho integralmente a sentença recorrida. Majoro os honorários advocatícios devidos pelo Banco do Brasil S.A. para 12% (doze) sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, observando-se que a instituição financeira sucumbiu integralmente em seu recurso. Deixo de fixar honorários advocatícios recursais em desfavor da seguradora apelante, porquanto o recurso foi parcialmente provido. É como voto. Data da sessão: Cuiabá-MT, 10/02/2026