

Diário de Justiça Eletrônico Nacional - CNJ - MT

Data de Disponibilização: 24/02/2026

Data de Publicação: 25/02/2026

Região:

Página: 4041

Número do Processo: 1078188-44.2024.8.11.0041

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MATO GROSSO - DJEN - DJEN

Processo: **1078188 - 44.2024.8.11.0041** Órgão: Terceira Câmara de Direito Privado Data de disponibilização: 24/02/2026 Classe: APELAÇÃO CÍVEL Tipo de comunicação: Intimação Meio: Diário de Justiça Eletrônico Nacional Parte(s): ZURICH BRASIL COMPANHIA DE SEGUROS Advogado(s): BRUNO LEITE DE ALMEIDA OAB 95935-A RJ Conteúdo: ESTADO DE MATO GROSSO PODER JUDICIÁRIO TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO Número Único: **1078188 - 44.2024.8.11.0041** Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198) Assunto: [Seguro] Relator: Des(a). CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA Turma Julgadora: [DES(A). CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA, DES(A). ANTONIA SIQUEIRA GONCALVES, DES(A). DIRCEU DOS SANTOS] Parte(s): [EDYR BISPO SANTOS - CPF: 138.289.671-91 (APELADO), ALLEF BATISTA OLIVEIRA - CPF: 125.258.936-03 (ADVOGADO), **ZURICH BRASIL COMPANHIA DE SEGUROS** - CNPJ: 96.348.677/0001-94 (APELANTE), BRUNO LEITE DE ALMEIDA - CPF: 016.779.127-31 (ADVOGADO), THIAGO TAVARES ABREU - CPF: 088.086.726-46 (ADVOGADO)] A C Ó R D ã O Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, a TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência Des(a). CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA, por meio da Turma Julgadora, proferiu a seguinte decisão: POR UNANIMIDADE, PROVEU PARCIALMENTE O RECURSO. E M E N T A DIREITO CIVIL. RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO PRESTAMISTA HABITACIONAL. NEGATIVA DE COBERTURA POR DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES MÉDICOS PRÉVIOS. SÚMULA 609/STJ. QUITAÇÃO DO FINANCIAMENTO ATÉ O LIMITE DA COTA-PARTE DO SEGURADO. DANO MORAL AFASTADO. DANO MORAL AFASTADO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. I. Caso em exame Apelação cível interposta por seguradora contra sentença que julgou parcialmente procedente o feito para condenar a ré a pagar ao autor a indenização securitária no valor de R\$ 160.672,00. O valor deverá ser corrigido monetariamente pelo IPCA a partir da data da negativa administrativa e acrescido de juros de mora (calculados pela taxa SELIC, deduzido o IPCA do mesmo período) a contar da citação. Condenou a ré, ainda, ao pagamento de R\$8.000,00 a título de dano moral, bem como custas e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação. II. Questão em discussão saber se é ilícita a recusa de cobertura por doença preexistente quando não exigidos exames médicos, exames nem comprovados má-fé; saber se, no seguro prestamista, a indenização deve ser designada prioritariamente à quitação do financiamento e limitada à cota-parte do segurado; e saber se a negativa indevida de cobertura gera dano moral indenizável. III. Razões de decidir A recusa de cobertura por doença preexistente é ilícita se não houve exigência de exames médicos, avisos de contratação nem demonstração de má-fé do seguro, nos

termos da Súmula 609/STJ.O seguro prestamista tem natureza acessória e a indenização deve ser designada prioritariamente à quitação do financiamento, observada a cota-parte do seguro quando houver pluralidade de mutuários. O mero inadimplemento contratual decorrente de negativa de cobertura, sem demonstração de repercussão extrapatrimonial específica, não configura dano moral indenizável no caso concreto. IV. Dispositivo e tese Recurso parcialmente provido. Tese de julgamento: "É ilícita a recusa de cobertura securitária por doença preexistente quando não exigidos exames médicos, avisos nem demonstrados a má-fé do segurado. No seguro prestamista, a indenização deve ser fornecida prioritariamente à quitação do financiamento, observada a cota-parte do segurado em caso de pluralidade de mutuários. A negativa de indevida de cobertura, por si só, não configura dano moral sem prova de repercussão extrapatrimonial." Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 421, 422, 757 e 765; CDC, arts. 6º, III, 14, §1º, 47 e 54, §4º; CPC, art. 487, Jurisprudência relevante citada: TJMT, RAC n. 1012858-08.2021.8.11.0041, 3ª Câ. Dir. Priv., Rel. Des. Carlos Alberto Alves da Rocha, j. 16.09.2023. R E L A T Ó R I O Trata-se de recurso de apelação interposto por Zurich Brasil Companhia de Seguros, em face da r. sentença proferida pelo MM. Juiz de Direito da 8ª Vara Cível Comarca de Cuiabá, que nos autos da ação de indenização por dano material e moral que lhe move Edyr Bispo Santos, julgou parcialmente procedente o feito para condenar a ré a pagar ao autor a indenização securitária no valor de R\$ 160.672,00. O valor deverá ser corrigido monetariamente pelo IPCA a partir da data da negativa administrativa e acrescido de juros de mora (calculados pela taxa SELIC, deduzido o IPCA do mesmo período) a contar da citação. Condenou a ré, ainda, ao pagamento de R\$8.000,00 a título de dano moral, bem como custas e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação. Inconformada, a apelante sustenta, em síntese, que a sentença incorreu em erro ao desconsiderar a natureza prestamista do seguro habitacional contratado, sustentando que a cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP) possui caráter ativo ao financiamento imobiliário, tendo como beneficiário o estipulante/credor, e não o segurado, razão pela qual seria indevido o pagamento direto ao autor do valor integral do capital segurado. Afirma que, ainda que mantida a condenação, esta deveria ser limitada à cota-parte do recorrido no financiamento (50%), correspondente ao montante de R\$ 84.996,30, e direcionada ao credor para quitação do saldo devedor, sob pena de enriquecimento sem causa. No mérito, sustenta a inexistência de invalidez laborativa permanente total nos termos contratuais, bem como a ocorrência de doença preexistente conhecida, o que salvaria a cobertura securitária, defendendo a inaplicabilidade da Súmula 609 do STJ diante da alegada má-fé ou omissão relevante do segurado. Impugna, ainda, a condenação por dano moral, ao argumento de que a negativa de cobertura decorreu de controvérsia técnica e interpretação contratual legítima, inexistindo ao ilícito apto a ensejar bens extrapatrimoniais. A parte apelada apresentou contrarrazões, pugnando pelo desprovimento do recurso (id. 340406959). É o relatório. Inclua-se na pauta. Cuiabá, 18 de fevereiro de 2026. CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA Relator V O T O R E L A T O R Cinge-se dos autos que a presente demanda foi proposta por Edyr Bispo Santos, em face de Zurich Brasil Companhia de Seguros, alegando que, em 11.04.2021, contratou seguro com cobertura para morte ou

invalidez permanente, no valor de R\$ 160.672,00, sem que lhe fosse exigido exames médicos noticiosos. Sustenta que, em agosto de 2024, foi acometido por quadro clínico grave, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca grave, arritmias, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, que culminou em invalidez laborativa total e permanente, motivo pelo qual acionou os seguros em 18.09.2024. Afirma que a ré negou a cobertura sob alegação de doença preexistente, mesmo sem ter exigido exames médicos na contratação, reputando a negativa abusiva e elevada à Súmula 609 do STJ. Aduz, ainda, irregularidades na perícia administrativa realizada por segurança e sustentação de inexistência de má-fé de sua parte. Requer o reconhecimento da relação de consumo, a inversão do ônus da prova, a cláusula da ré ao pagamento da indenização securitária no valor contratado, acrescida de correção e juros, bem como ao pagamento de indenização por dano moral não inferiores a R\$ 20.000,00, além de honorários advocatícios e demais consectários legais. Após o devido processo legal, o douto magistrado a quo, julgou parcialmente procedente o feito para condenar a ré a pagar ao autor a indenização securitária no valor de R\$ 160.672,00. O valor deverá ser corrigido monetariamente pelo IPCA a partir da data da negativa administrativa e acrescido de juros de mora (calculados pela taxa SELIC, deduzido o IPCA do mesmo período) a contar da citação. Condenou a ré, ainda, ao pagamento de R\$8.000,00 a título de dano moral, bem como custas e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação. Inconformada, a apelante sustenta, em síntese, que a sentença incorreu em erro ao desconsiderar a natureza prestamista do seguro habitacional contratado, sustentando que a cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP) possui caráter ativo ao financiamento imobiliário, tendo como beneficiário o estipulante/credor, e não o segurado, razão pela qual seria indevido o pagamento direto ao autor do valor integral do capital segurado. Afirma que, ainda que mantida a condenação, esta deveria ser limitada à cota-parte do recorrido no financiamento (50%), correspondente ao montante de R\$ 84.996,30, e direcionada ao credor para quitação do saldo devedor, sob pena de enriquecimento sem causa. No mérito, sustenta a inexistência de invalidez laborativa permanente total nos termos contratuais, bem como a ocorrência de doença preexistente conhecida, o que salvaria a cobertura securitária, defendendo a inaplicabilidade da Súmula 609 do STJ diante da alegada má-fé ou omissão relevante do segurado. Impugna, ainda, a condenação por dano moral, ao argumento de que a negativa de cobertura decorreu de controvérsia técnica e interpretação contratual legítima, inexistindo ao ilícito apto a ensejar bens extrapatrimoniais. Por fim, requer, subsidiariamente, a adequação dos consectários legais, com observância do IPCA para correção monetária e aplicação da taxa SELIC. Pois bem. Após detida análise dos autos, verifico que a questão é comum a essa Câmara, não sendo de difícil elucidação. A controvérsia cinge-se em verificar a legitimidade da recusa da seguradora em pagar a indenização por invalidez permanente por doença e a ocorrência de dano moral indenizável. De início, impede destacar que o contrato celebrado entre as partes encontra-se amparado pelo CDC, regido por diversos princípios, entre os quais, o da interpretação mais favorável ao consumidor (art. 47), em atenção a sua vulnerabilidade na relação de consumo, que impõe ao intérprete conferir às cláusulas contratuais ensejadoras de dúvida interpretação, sentido que resguarde os interesses da parte mais

frágil, para que haja equilíbrio em relação aos interesses da outra parte mais forte. No caso em tela, mostra-se plenamente aplicável ao caso concreto o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça através da Súmula 609 com o seguinte enunciado: "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". A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que a má-fé do segurado não se presume, devendo ser cabalmente demonstrada pela seguradora. O simples conhecimento prévio de uma doença, por si só, não configura a má-fé exigida para desonerar a seguradora, sendo necessário evidenciar a intenção deliberada do contratante de fraudar o seguro. " Isto porque, em detida análise dos autos revela que o seguro prestamista foi contratado, mediante simples adesão, sem que a seguradora exigisse o preenchimento de questionário detalhado de saúde ou a realização de exames clínicos prévios. No caso, em análise detida dos autos revela que o seguro prestamista foi contratado, mediante simples adesão, sem que a seguradora exigisse o preenchimento de questionário detalhado de saúde ou a realização de exames clínicos prévios. Ao optar por não avaliar previamente o estado de saúde do proponente, a seguradora assume o risco inerente à sua atividade empresarial. A alegação de preexistência, nesse contexto, somente a eximiria da obrigação de indenizar caso comprovasse, de forma inequívoca, a má-fé do segurado no momento da contratação, ou seja, a omissão deliberada de uma condição de saúde incapacitante já conhecida. No caso dos autos, não há qualquer elemento que aponte para a má-fé do autor. Pelo contrário, a prova pericial, produzida sob o crivo do contraditório e por perito de consenso das partes, foi conclusiva e elucidativa. O laudo pericial foi categórico ao afirmar, verbis: "Com base nos elementos e fatos expostos, conclui-se que foi constatada a presença de invalidez permanente." - id. 340406924. Ademais, impende deixar consignado que o risco coberto pela apólice é a invalidez permanente, e não a mera existência de uma patologia que, por anos, pode ter permanecido assintomática ou controlada, sem gerar qualquer incapacidade funcional. Portanto, a recusa da seguradora se mostra ilícita e abusiva, violando a boa-fé objetiva que deve nortear as relações contratuais (art. 422, CC) e o dever de informação (art. 6º, III, CDC). Nesse sentido, colhe-se do julgamento do AgInt no AREsp 2.241.818/SP: "AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. CONTRATO DE SEGURO PRESTAMISTA. FALECIMENTO DA SEGURADA. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ. NECESSIDADE DE SUA DEMONSTRAÇÃO. SIMPLES CONHECIMENTO PRÉVIO DA SEGURADA DE QUE TINHA DOENÇA ANTERIOR À ASSINATURA DO CONTRATO NÃO FAZ PRESUMIR MÁ-FÉ. OMISSÃO DA SEGURADORA EM EXIGIR DECLARAÇÃO DA SEGURADA E APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS E/OU LAUDOS MÉDICOS. NEGATIVA EM IMPLEMENTAR A COBERTURA. DESCABIMENTO. COMPORTAMENTO DA SEGURADORA ATENTATÓRIO À BOA-FÉ OBJETIVA. ATITUDE CONTRADITÓRIA. VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM. AGRAVO PROVIDO PARA DAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL DA PARTE ORA AGRAVANTE. 1. Se a seguradora, no momento da assinatura do contrato de seguro prestamista, não exigiu que a segurada firmasse declaração sobre seu estado de saúde pretérito, tampouco que apresentasse documentos e/ou laudos médicos, não pode negar a cobertura securitária

levando em conta, simploriamente, que teria a segurada conhecimento de diagnóstico de doença preexistente à contratação, pois a má-fé não se presume, deve ser demonstrada, o que não ocorre na espécie. 2. A seguradora, ao não fazer nenhuma exigência para a realização do contrato, recebendo as suas parcelas até o momento da morte da segurada, adotou comportamento contraditório, que atenta contra a boa-fé objetiva (*venire contra factum proprium*), quando nega a cobertura securitária. 3. Agravo provido para dar provimento ao recurso especial do Espólio" (STJ - AgInt no AREsp: 2241818 SP 2022/0349461-2, Rel. Min. Raul Araujo, j.14.08.23, 4ª Turma). Nessa trilha, andou bem o d. magistrado ao asseverar, verbis: "A controvérsia cinge-se em verificar a legitimidade da recusa da seguradora em pagar a indenização por invalidez permanente por doença e a ocorrência de danos morais indenizáveis. A tese central da defesa para a negativa de cobertura reside na alegação de que a doença incapacitante do autor seria preexistente à contratação do seguro. Tal argumento, contudo, não se sustenta diante do arcabouço probatório e da jurisprudência pátria. Primeiramente, é fato incontroverso, admitido pela própria seguradora em comunicação por e-mail (ID 178218714), que não foi exigida a realização de exames médicos prévios quando da celebração do contrato. Tal omissão atrai a incidência da Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça, que preceitua: "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." Ao optar por não avaliar previamente o estado de saúde do proponente, a seguradora assume o risco inerente à sua atividade empresarial. A alegação de preexistência, nesse contexto, somente a eximiria da obrigação de indenizar caso comprovasse, de forma inequívoca, a má-fé do segurado no momento da contratação, ou seja, a omissão deliberada de uma condição de saúde incapacitante já conhecida. No caso dos autos, não há qualquer elemento que aponte para a má-fé do autor. Pelo contrário, a prova pericial, produzida sob o crivo do contraditório e por perito de consenso das partes, foi conclusiva e elucidativa. O laudo pericial (ID 199436160) atestou, de forma categórica, que o autor "foi constatada a presença de invalidez permanente", decorrente de insuficiência cardíaca congestiva, que o "incapacita definitivamente para as atividades da vida diária". Ato contínuo, no laudo complementar (ID 204334682), o expert deslindou a questão temporal, fulminando a tese da preexistência da invalidez. Ao responder ao quesito nº 5 da parte autora, o perito foi taxativo: "Do ponto de vista clínico, correto afirmar que a existência de uma cardiopatia anterior, ainda que assintomática, não se confunde com o estado de invalidez permanente. Ou seja, o simples diagnóstico de cardiopatia sem limitação funcional grave não caracteriza, por si só, incapacidade total e definitiva para as atividades da vida cotidiana. Resposta: Sim." Esta conclusão técnica é de suma importância, pois distingue, com precisão cirúrgica, a existência de uma doença da consolidação de um estado de invalidez. O risco coberto pela apólice é a invalidez permanente, e não a mera existência de uma patologia que, por anos, pode ter permanecido assintomática ou controlada, sem gerar qualquer incapacidade funcional. O laudo confirma que a invalidez se consolidou em momento posterior à contratação do seguro, ocorrida em 2021. Portanto, a recusa da seguradora se mostra ilícita e abusiva, violando a boa fé objetiva que deve nortear as relações contratuais (art. 422, CC) e o

dever de informação (art. 6º, III, CDC). (id. 340406945 - destaquei). Avançando na resolução da celeuma, é a seguradora que questiona no apelo que, em se tratando de seguro prestamista, deve, se for o caso, ser condenada a quitação do saldo devedor junto ao estipulante/beneficiário até o limite da importância segurada. Contudo, no dispositivo da r. sentença, o juízo teria determinado o pagamento à parte autora, tratando como se fosse um seguro de vida e não prestamista. No ponto, tenho que assiste razão em parte à apelante, pois, conforme ensina a jurisprudência do e.g. STJ, "o contrato de seguro do tipo prestamista é aquele pelo qual o estipulante tem a garantia de pagamento do saldo devedor de operação realizado com o segurado, com o recebimento da indenização securitária, em caso de falecimento do contratante", e uma vez incorrida à hipótese para pagamento da indenização securitária, "a seguradora pagará a indenização ao estipulante, que será utilizada para a quitação integral do saldo devedor do contratante, sendo indevido o pagamento de eventual saldo remanescente da apólice de seguro prestamista aos herdeiros do segurado por falta de previsão contratual" (STJ, AgInt no REsp: 1807026/PR, Quarta Turma, Rel. Min. Raul Araújo, j. 15.08.2019 - destaquei). Examinando detalhadamente o conjunto probatório, verifica-se que a apólice contratada está inserida no contexto de seguro habitacional com cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP), modalidade tradicionalmente vinculada a contratos de financiamento imobiliário, cuja precípua específica é garantir a quitação do saldo devedor em caso de ocorrência de risco garantido. O seguro prestamista caracteriza-se por sua natureza acessória, pois visa garantir o adimplemento de obrigações principais, no caso, o financiamento imobiliário, evitando que o evento de morte ou invalidez permanente conduza à inadimplência do contrato. No presente feito, embora a sentença tenha afastado a natureza prestamista por ausência de comprovação do contrato principal, verificase que a própria estrutura da apólice, bem como a previsão contratual de quitação do saldo devedor, revela tratar-se de seguro vinculado a operação de crédito imobiliário. Contudo, é ponto crucial residir na existência de dois mutuários no contrato de financiamento. A cláusula contratual pertinente estabelece que, tendo mais de um adquirente, a indenização será proporcional à responsabilidade de cada um no financiamento. Tal disposição encontra amparo na lógica atuarial do seguro habitacional, pois o risco reforçado pela proteção corresponde à fração da dívida atribuída a cada mutuário. Assim, não se mostra juridicamente adequado determinar o pagamento integral do capital segurado ao apelado, pois a cobertura securitária, em caso de pluralidade de mutuários, limita-se à cota-parte do seguro acometido pelo sinistro. Deste modo, tenho que realmente deve a seguradora cumprir o contrato de seguro prestamista, quitando o saldo devedor do consórcio dos autores junto à estipulante, nos limites da apólice contratada (50% - correspondente ao montante de R\$ 84.996,30). Por outro lado, nos seguros prestamistas, eventual diferença entre o valor da indenização e o saldo da dívida deve ser destinada aos beneficiários indicados pelo segurado ou, inexistindo indicação, aos seus herdeiros legais. Quanto ao dano moral, entendo indevido, isto porque, em que pese cabível a condenação ao pagamento de indenização por dano moral em favor de pessoa jurídica, nos termos do art. 52 do Código Civil, segundo o qual "aplica-se às pessoas jurídicas, no que couber, a proteção dos direitos da personalidade", assim também por força da Súmula 227 do STJ, que

estabelece que "a pessoa jurídica pode sofrer dano moral", o mero descumprimento contratual decorrente da negativa indevida de pagamento de indenização securitária não enseja por si só o dano moral, se desacompanhado de demonstração da ocorrência de maiores repercussões à imagem da pessoa jurídica, não evidenciados no caso. Avançando na resolução da celeuma, a simples recusa de cobertura por parte da seguradora, sobretudo quando fundamentada em cláusula contratual, ainda que posteriormente afastada judicialmente, não enseja, por si só, abalo moral indenizável, devendo haver demonstração de conduta ilícita, vexatória ou ofensiva, o que não ocorreu na espécie. Nesse sentido: "APELAÇÕES CÍVEIS - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - ILEGITIMIDADE PASSIVA DO BANCO - REJEITADA - MÉRITO - INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA -SEGURO RESIDENCIAL E EMPRESARIAL - BENS DANIFICADOS EM DECORRÊNCIA DE DESCARGA ELÉTRICA - PEDIDO ADMINISTRATIVO INDEFERIDO - ALEGAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DOS BENS DANIFICADOS À FALTA DE APRESENTAÇÃO DAS NOTAS FISCAIS DE AQUISIÇÃO - AUSÊNCIA DE VISTORIA NO ATO DA CONTRATAÇÃO - DESNECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE NOTA FISCAL - OUTROS MEIOS DE PROVA - POSSIBILIDADE - DANO MATERIAL COMPROVADO - DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS - SENTENÇA PARCIALMENTE RETIFICADA - RECURSO DA SEGURADORA PARCIALMENTE PROVIDO E DO BANCO DESPROVIDO. A instituição financeira que é estipulante do contrato de seguro e faz a intermediação entre o segurado e a seguradora é parte legítima para responder aos termos de ação de indenização. Aplica-se a teoria da aparência, a teor do que estabelece o art. 3º, caput, do Código de Defesa do Consumidor. (...) O mero descumprimento contratual decorrente da negativa indevida de pagamento de indenização securitária, se desacompanhado de demonstração da ocorrência de maiores repercussões na esfera psíquica do segurado, não se traduz, por si só, em dano moral indenizável, configurando apenas simples aborrecimento natural do cotidiano".(RAC n. 1001391-09.2018.8.11.0018, 3ª Câmara de Direito Privado, Rel. Desa. Antônia Siqueira Goncalves, J. 30.04.23 - negritei) Portanto, por estes termos e estribado nessas razões, tenho que a sentença merece parcial reforma, a fim de que se reconheça a natureza prestamista da avença, determinando-se que a indenização securitária seja prioritariamente atribuída à quitação do financiamento imobiliário direcionado ao beneficiário constante na apólice. Eventual saldo remanescente, deverá ser revertido em favor do autor, respeitando o limite de sua cota-parte contratual, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado, equivalente a R\$ 84.996,30. Outrossim, afasto a condenação pelo dano moral. Em razão da sucumbência recíproca, fixo a responsabilidade pelos custos e honorários advocatícios na proporção de 80% (oitenta por cento) ao réu e 20% (vinte por cento) ao autor, vedada a compensação, nos termos do art. 85, §14, c/c art. 86 do CPC, e observada a suspensão a exigibilidade (art. 98, §3º do CPC). Posto isso, conheço do recurso e lhe DOU PARCIAL PROVIMENTO. Cuiabá, 18 de fevereiro de 2026. CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA Relator Data da sessão: Cuiabá-MT, 18/02/2026