

EDJ 2010/312800

Audiencia Provincial de Segovia, sec. 1ª, S 22-11-2010, nº 70/2010, rec. 76/2010

Pte: Pando Echeverría, Ignacio

Comentada en "Problemática jurisprudencial en torno a la determinación del grado de incapacidad permanente total o parcial derivado de un hecho de la circulación"

Resumen

La AP estima parcialmente el recurso de apelación interpuesto por la aseguradora declarada responsable civil en materia de imprudencia cometida por su asegurado. Señala el Tribunal, entre otros pronunciamientos, que la lesionada atravesó la calle alejándose del lugar establecido para ello, por lo que introdujo con su propia conducta el peligro en la vía, al circular por lugar no habilitado para los peatones, y contribuyó al accidente, pues la extrema atención del conductor le era predicable del paso de peatones, debiendo incluso parar si el sol le deslumbraba, pero superado éste a escasa velocidad, la aparición en la calzada de un peatón debe ser atribuido a la propia conducta de ese peatón, que por tanto debe concurrir en la culpa de las consecuencias del accidente.

NORMATIVA ESTUDIADA

Ley 30/1995 de 8 noviembre 1995. Ordenación y Supervisión de Seguros Privados
dad.8

Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
art.20

ÍNDICE

ANTECEDENTES DE HECHO	2
FUNDAMENTOS DE DERECHO	2
FALLO	5

CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS JURÍDICOS

FALTAS

CONTRA LAS PERSONAS

Imprudencia simple

En accidente de tráfico

RESPONSABILIDAD CIVIL

En general

Derivada de accidente de circulación

Baremos

PROCESO PENAL

Valoración de la prueba

Otros supuestos

RESPONSABILIDAD CIVIL

CONCURRENCIA DE CULPAS

INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS

Concurrencia y compensación de culpas

FICHA TÉCNICA

Favorable a: Responsable civil; Desfavorable a: Acusación particular, Condenado

Procedimiento: Apelación, Faltas

Legislación

Aplica dad.8 de Ley 30/1995 de 8 noviembre 1995. Ordenación y Supervisión de Seguros Privados

Aplica art.20 de Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro

Cita Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro

Bibliografía

Comentada en "Problemática jurisprudencial en torno a la determinación del grado de incapacidad permanente total o parcial derivado de un hecho de la circulación"

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juez del Juzgado de Instrucción, con fecha 24 de agosto 2010 dictó sentencia núm. 73/08 en el Juicio de Faltas del que dimana este recurso, en la que se declararon como hechos probados los siguientes:

Sobre las 8:55 horas del día 27-2-2008 Raimunda, nacida el día 27-6-1934, procedió a cruzar la calzada de la Avenida Juan de Borbón desde el nº 41 de dicha avenida hasta el parque que está al otro lado. Para cruzar la calzada utilizó el paso de peatones existente, si bien en el segundo tramo de la calzada cruzó en oblicuo los dos carriles del mismo sentido destinados a la circulación de vehículos, saliéndose del paso de peatones. Cuando en ese segundo tramo de calzada, recto y de buena visibilidad, se encontraba cruzando el carril de circulación más próximo a la acera, y a una distancia aproximada de tres metros del paso de peatones, fue atropellada por el vehículo Citroën Xsara matrícula... NSR, que la despidió hacia delante y a la izquierda, quedando tumbada en la calzada sobre las líneas divisorias de los dos carriles de circulación del mismo sentido que llevaba el vehículo (La Granja de San Ildefonso). El vehículo era conducido por el denunciado mayor de edad Florencio, a una velocidad aproximada de 25 kilómetros/hora después de haber rebasado el paso de peatones, conductor que no advirtió la presencia en la calzada de la peatón hasta que no se produjo el atropello debido a que el sol se encontraba bastante bajo y de frente al sentido de circulación que llevaba, lo que reducía de forma notable la visibilidad. El conductor circulaba con el vehículo contando con el permiso de su propietaria, su madre Florencio, que lo tenía asegurado con la aseguradora Allianz S.A.

A consecuencia del atropello Raimunda sufrió fractura múltiple de pelvis, fractura de meseta tibial derecha, arrancamiento óseo de ligamento lateral externo del tobillo izquierdo y hematoma de pabellón auricular izquierdo, precisando para su curación de tratamiento médico-quirúrgico, tardando en curar de sus lesiones 281 días, de los cuales 45 estuvo hospitalizada y 236 impedida para sus ocupaciones habituales. Como secuelas le quedaron síndrome psiquiátrico trastorno neurótico, material de osteosíntesis en pierna, y artrosis postraumática de cadera y rodilla que le producen intenso dolor e inestabilidad con balanceo, precisando caminar con apoyo, así como limitación para realizar las actividades de la vida diaria, precisando ayuda para el aseo personal y realizar las tareas del hogar que asumía antes del accidente.

SEGUNDO.- La expresada sentencia en su parte dispositiva dice así:

FALLO.- Que debo condenar y condeno a Florencio como autor de una falta de lesiones por imprudencia leve, a la pena **MULTA DE TREINTA DIAS**, con una cuota diaria de tres euros (un total, 90 euros de multa), que será satisfecha en la forma que se dispone en el Fundamento de Derecho Segundo de esta resolución, con la responsabilidad personal subsidiaria allí establecida para el caso de impago, y a que por vía de responsabilidad civil indemnice a Raimunda con la cantidad de 158.342,76 euros, con expresa imposición al condenado de las costas causadas.

Para la responsabilidad civil directa y solidaria de la Compañía de Seguros ALLIANZ S.A., condenando a la referida aseguradora a abonar al denunciante Raimunda la cantidad referida de 158.342,76 euros, más el interés legal incrementado en un 50% de la referida cantidad desde la fecha del siniestro hasta la fecha de consignación judicial de la suma de 12.144,33 euros (26-5-2008); de la cantidad de 146.198,43 desde esta última fecha hasta el día 4-2-2010 en que se consignó la cantidad de 2.681,30 euros; de la cantidad de 143.517,13 euros desde el 4-2-2010 hasta el 27-2-2010; y respecto de la cantidad de 143.517,13 euros, el interés legal de al menos el 20% si aquel no fuera superior, desde el 28-2-2010 hasta el total pago.

Se declara la responsabilidad civil subsidiaria de Araceli.

TERCERO.- Notificada la mencionada sentencia, contra la misma se formalizó recurso de apelación por D^a Carmen Casado Sastre, letrado de la entidad aseguradora ALLIANZ SA y por D. Rafael Ruiz y Reguant, letrado de D^a Raimunda, que fue admitido a trámite, adhiriéndose el MINISTERIO FISCAL al recurso planteado por la entidad aseguradora ALLIANZ SA e impugnando el recurso planteado por D^a Raimunda; igualmente fue impugnado sendos recursos por ambos recurrentes; constan en las actuaciones D. Florencio y D^a Araceli asistidos de la letrada D^a Carmen Casado Sastre, no presentando alegaciones a los recursos; practicadas las diligencias oportunas, fueron elevadas a este órgano judicial, donde se registraron, se formó rollo de apelación, quedaron los autos vistos para sentencia.

CUARTO.- Recibidos los autos en este Tribunal, registrados y formado rollo, se pasaron las actuaciones al Magistrado Ponente para dictar la resolución procedente, habiéndose observado en esta segunda instancia las prescripciones legales del procedimiento.

HECHOS PROBADOS

Se aceptan y dan por reproducidos los hechos declarados probados en la sentencia de instancia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Se interpone recurso de apelación por parte de la aseguradora condenada civilmente y por parte de la denunciante contra la sentencia dictada en juicio de faltas en que se condenaba al conductor denunciado como autor de una falta de lesiones imprudente a pena de multa, fijando asimismo las indemnizaciones procedentes a favor de la denunciante que resultó atropellada, con responsabilidad civil directa de la aseguradora del vehículo.

Por esta se impugna la sentencia en relación exclusivamente con las indemnizaciones fijadas: en primer lugar estima que el baremo aplicable debió ser el del año 2008 y no el de 2009; en segundo discrepa de la aplicación del factor de corrección de incapacidad permanente total, entendido que debe ser parcial,; en tercero y de forma subsidiaria alega que en todo caso al indemnización fijada para

el mismo es excesiva; en cuarto impugna la cantidad otorgada por ayuda de terceras personas; y por último discute la condena a los intereses de demora del art. 20 LCS EDL 1980/4219 .

Por su parte la representación de la denunciante recurre la sentencia, discutiendo en primer lugar y como cuestión fáctica de relevancia económica la concurrencia de culpas que se le imputa; en segundo reclama por el perjuicio estético no admitido; en tercero impugna la incapacidad permanente total apreciada como factor de corrección, por entender que debe ser absoluta; en cuarto impugna que no se haya estimado su reclamación por adecuación de vivienda y finalmente estima insuficiente la cantidad que el juez concede por la necesidad de ayuda de una tercera persona.

SEGUNDO.- Comenzaremos por el recurso de la aseguradora, si bien en el curso del mismo resolveremos cuestiones que serán de aplicación en el recurso de la denunciante, como es la decisión sobre el carácter de la incapacidad permanente como factor de corrección; o el alcance de los conceptos ayuda de tercero o adecuación de vivienda que argumenta la aseguradora.

En cuanto al baremo aplicable, tiene razón la aseguradora. Aunque el informe de sanidad se emitiese en febrero de 29009, los días que se establecen para la sanidad o estabilización de las lesiones es de 281 días, lo que hace que teniendo en cuenta que el accidente se produjo el 27 de febrero de 2008, el día de curación, que es el que a los efectos de la jurisprudencia civil de la Sala primera, unificando la doctrina de las audiencias, ha entendido como momento en el que deba aplicarse el baremo, sería el 5 de diciembre de 2008, siendo de aplicación tal baremo.

TERCERO.- En cuanto al factor de corrección de incapacidad permanente, el juez la considera total, la aseguradora parcial y la denunciante absoluta. A la vista del informe forense se comparte el criterio del juez a quo. Ésta manifiesta en su informe supletorio que no puede realizar las actividades de ama de casa y en su informe de sanidad se establecía que podía realizar actividades sentada, pero que dadas su lesiones de cadera precisaba ayuda para otras actividades, debiendo andar con apoyo.

La incapacidad temporal se define en el baremo como "secuelas permanentes que limiten parcialmente la ocupación o actividad habitual, sin impedir la realización de las tareas fundamentales de la misma"; la total como "secuelas permanentes que impidan totalmente la realización de las tareas de la ocupación o actividad habitual del incapacitado"; y la absoluta como "secuelas que inhabiliten al incapacitado para la realización de cualquier ocupación o actividad". De la descripción de las lesiones que hace la forense hay que descartar ésta última pues puede realizar ciertas actividades por sí misma, aunque necesite ayuda para otras y existan unas terceras que no pueda ejecutar por sí misma. Pero también hay que excluir la parcial que predica la aseguradora. En ella se contempla que la limitaciones impidan parcialmente la ocupación habitual, que es lo que dice la parte, pero se añade en el precepto siempre que no impida la realización de las tareas fundamentales. La ocupación de la lesionada era ama de casa, cuidar de la casa y de su marido. ¿Cuáles son las actividades fundamentales de un ama de casa? Se entiende que actividades como limpiar la casa, hacer las camas, planchar, hacer la comida, ir a la compra... Hay alguna de estas actividades fundamentales que la lesionada no puede hacer, pues no es pensable fregar la casa, hacer las camas o incluso limpiar el polvo cuando necesita cuando menos de un apoyo para desplazarse. Por tanto está incapacitada para labores fundamentales de su actividad habitual, por lo que la incapacidad es total.

CUARTO.- De forma subsidiaria a este motivo se alega que la cantidad concedida por la incapacidad total es excesiva, entendiendo que dado que la horquilla indemnizatoria abarca de 17.000 # a 86.000 #, la concesión de 65.000 # no tiene en cuenta factores como la edad de la lesionada, criterio que usa el baremo para determinar al valor del punto en proporción inversa a la edad, interesando se le condene en su cuantía mínima. Para resolver esta cuestión, sin embargo, se considera que debemos tener en cuenta no sólo la edad de la víctima, sino el alcance de esa incapacidad total con las consecuencias que en su vida diaria conllevan y especialmente la necesidad de ayuda de terceras personas o de necesidades de posibles adaptaciones en el domicilio; lo que nos lleva a concluir si bien por motivos distintos y añadidos a los que tiene en cuenta el juez de instancia, a que esa cantidad es correcta.

QUINTO.- Y es que como acabamos de anticipar se estima de forma positiva la pretensión de la aseguradora en relación con la cantidad concedida por ayuda de una tercera persona. Por la aseguradora se discrepa de su concesión por entender que no está prevista legalmente, por considerar que este apartado indemnizatorio se reserva para el factor de corrección de grandes inválidos, sin que se aplicable a factores de corrección de menor calado, como la incapacidad permanente total.

El juez de instancia, con apoyo en la cita de una sentencia de la audiencia de Madrid, entiende que estos conceptos, pese a estar previstos para indemnizar a los grandes inválidos, al cubrir necesidades distintas de las meramente ocupaciones, pueden aplicarse a los otros supuesto de incapacidad. En esta alzada se discrepa de tal criterio. Estos tres conceptos, ayuda de terceras personas, adecuación de vivienda y perjuicios morales de familiares, se describen en el baremo como los factores acumulativos para indemnizar a los grandes inválidos, sin que se prevea indemnización alguna por el mero hecho de ser considerado gran inválido. Lo cual nos lleva a interpretar la Tabla IV, y valorar qué es lo que se indemniza con al aplicación de los factores de corrección por la incapacidad para realizar actividades. No se considera que la indemnización lo sea únicamente por la pérdida del factor ocupacional, pues para eso ya están previstas las declaraciones de incapacidad laboral previstas en la legislación laboral y de seguridad social. La independencia de estos conceptos de los administrativos, puesta de relieve por la jurisprudencia indican que no es sólo la pérdida ocupacional sino además todos lo perjuicios añadidos que conlleva o puede conllevar y que no son contemplables en las indemnizaciones básicas de la Tabla III. Y que no son solamente ocupaciones se advertiría por el hecho de que en su concesión no se distinga entre la actividad laboral habitual que realizaba el lesionado, que en caso de ser esa la finalidad única debería necesariamente contemplarse ante la mayor o menor pérdida que supondría. Por otra parte entender que los tres apartados indemnizatorios de la gran invalidez son aplicables a los demás casos nos lleva a una situación absurda: que la gran invalidez no está indemnizada como pérdida ocupacional. No es posible la interpretación de las normas que lleven al absurdo, y absurdo es pretender que quien se ve limitado parcialmente para una actividad habitual sea indemnizado y el que queda tetrapléjico o en estado de coma vigil no lo sea por la incapacidad que sufre. Por tanto, la conclusión cabal es que esos tres conceptos se contemplan específicamente para la gran invalidez, de forma cumulativa, derivado precisamente de la gravedad de la incapacidad y de su necesidad de ser atendida de una forma especial. Y a su vez esta descripción de los factores indemnizatorios para

los grandes inválidos, unido a la ausencia de mención alguna indemnizatoria por el mero hecho de la gran invalidez, es lo que lleva a interpretar que en la aplicación del factor de corrección por incapacidades permanente deberían tenerse en cuenta también los conceptos que sirven de base para fijar el de gran invalidez.

Ello lleva a estimar el recurso de la aseguradora y excluir de la indemnización los 90.000 # concedidos por este concepto, a confirmar la concesión de los 65.000 que concede el juez a quo por incapacidad permanente total, y finalmente a desestimar la pretensión de la denunciante de indemnización por adecuación de la vivienda o el incremento de la cantidad solicitada para ayuda de terceras personas.

SEXTO.- Queda finalmente la aplicación de los intereses de mora del art. 20 LCS EDL 1980/4219 . El juez a quo condena a la aseguradora pro entender que las cantidades consignadas por la misma en ningún momento cubrieron ni siquiera de forma mínima las lesiones causadas por el asegurado.

Frente a ello se entiende por la Sala que existen situaciones que obligan a una matización. En cuanto a la indemnización inicial, la aseguradora la prestó antes de los tres meses de accidente y la misma se ajustó en cuanto a la incapacitación de la lesionada y su hospitalización a lo que se sabía del caso, pues el informe forense no se emitió hasta febrero de 2009. Igualmente y respecto de las posibles secuelas se consideraron nueve puntos de secuelas físicas y seis de perjuicio estético, con reducción de un 30% por concurrencia de culpas, solicitándose expresamente por el juzgado se pronunciase sobre la suficiencia de la indemnización.

En el informe de sanidad y luego en sentencia se conceden diez puntos de secuelas, menos incluso de lo que en su día ofreció la aseguradora, y a su vez se considera una reducción del 20% por compensación de culpas. Ante ello debe afirmarse que la cantidad consignada en mayo de 2008 era adecuada para las lesiones apreciadas hasta entonces. Pero en todo caso y aunque no lo fuese, la parte solicitó expresamente del juzgado se declarase su suficiencia o no. Por tanto, si se consideraba que esa cantidad era insuficiente así se debió declarar, sin que se considere adecuado que ahora se cargue a la aseguradora con esa sanción si en su momento no se le respondió a al pregunta que se hacía.

Ahora bien, hay un segundo momento, cual es el del informe forense de sanidad en el que se determinan finalmente las consecuencias del accidente, con los correspondientes días de sanidad y las secuelas definitivas. En dicho informe quedaba claro para cualquier técnico en valoración del daño corporal, y debe presumirse que en las aseguradoras cuentas con tales expertos, que la lesionada había quedado con graves secuelas que le impedían un desarrollo habitual de su vida diaria, estableciéndose además un plazo de sanidad mucho más largo que el que la parte consignó en mayo. Por tanto a partir de este momento la aseguradora debió hacer frente a su responsabilidad, teniendo en cuenta esta realidad. Sin embargo la aseguradora no hizo ingreso alguno sino hasta el 11 de febrero de 2010, esto es trascurrido con creces los tres meses previsto en la LCS EDL 1980/4219 para la constitución en mora, sin que exista razón alguna objetiva que lo justifique. En su escrito nuevamente solicita se pronuncie el órgano judicial sobre la suficiencia, sin que tal pronunciamiento se produjese, lo que podría eximir a la aseguradora de la en este caso evidente insuficiencia de la cantidad consignada, vistas las secuelas funcionales sufridas por la lesionada; pero lo que no justifica es la absoluta extemporaneidad que hace que incurriese en mora desde la fecha de la sanidad y que por lo tanto en este caso y desde esa fecha deba correr con los intereses del art. 20 LCS EDL 1980/4219 , con descuento de las cuantía que consignó en mayo de 2008.

SÉPTIMO.- En cuanto al recurso de la denunciante, como ya hemos explicado al inicio de esta sentencia, los tres últimos puntos de su recurso (incapacidad permanente absoluta, adecuación de vivienda y necesidad de tercera persona) ya han sido resueltos al analizar el recurso de la aseguradora (el primero en el fundamento tercero y los otros en el quinto). Queda por tanto el motivo de recurso fáctico, esto es la concurrencia de culpas, y por otro el referente a la valoración del daño estético.

En cuanto al primer motivo se articula por dos vías: por una parte por entender que la lesionada no cruzó por fuera de paso de peatones, y la segunda que en todo caso tampoco existiría concurrencia de culpas.

Respecto de la primera vía de impugnación, su desestimación formal procedería desde el momento en que no se ha solicitado la modificación de los hechos probados y en ellos se constata de forma rotunda que la peatón abandonó el paso de peatones para cruzar en diagonal, siendo atropellada a unos tres metros sobrepasado el mismo. En todo caso examinada la prueba testifical obrante en autos no puede compartirse la valoración de la parte recurrente basada meramente en conjeturas sobre la supuesta voluntad de la lesionada cuando los testigos han afirmado por dónde cruzó, que es por donde se declara probado.

En cuanto a que pese a ello no exista la concurrencia de culpas, la parte sostiene que el atropello se habría producido al lado del paso de peatones y que el denunciado sabía que a esa hora se producía la entrada en la escuela próxima. Sin embargo en su argumentación oculta a la sala los restantes factores que se determinaron en el atestado y que el juez a quo valora, como es el hecho que a esa hora el sol incida directamente sobre el parabrisas y limite la visibilidad (es una vía orientada al este y en subida), y que circulaba a una escasa velocidad. Es verdad que en las proximidades de ese lugar existe un colegio, pero el mismo está situado un centenar de metros más arriba, en la acera contraria a la vía pro al que circulaba, separada por una mediana, y por lo tanto no nos hallamos ante la puerta misma del centro escolar, ni por supuesto la implicada en el accidente fue una menor de edad que no tuviese conciencia del peligro del tráfico.

Lo único cierto es que la lesionada travesó la calle alejándose del lugar establecido para ello, por lo que introdujo con su propia conducta el peligro en la vía, al circular por lugar no habilitado para los peatones, y con su conducta contribuyó al accidente, pues la extrema atención del conductor le era predicable del paso de peatones, debiendo incluso parar si el sol le deslumbraba, pero superado éste a escasa velocidad, la aparición en la calzada de un peatón debe ser atribuido a la propia conducta de ese peatón, que por tanto debe concurrir en la culpa de las consecuencias del accidente.

OCTAVO.- Queda la valoración del perjuicio estético. El juez a quo no lo valora por considerar que no ha sido tomado en consideración en el informe forense de sanidad y porque no se aportó prueba alguna que permitiese valorar su existencia y entidad. La recurrente se apoya en el propio informe forense en que se describiría deformidad y asimetría de las caderas y ligera deformidad en la rodilla. Pero al cita que se hace en el recurso no es completa y por ello la verdad que pretende encerrar tampoco lo es. Efectivamente la forense

habla de la deformidad de la cadera y del anillo pubiano, pero esa deformidad se aprecia "en la última radiografía", esto es que son deformidades que se aprecian de forma radiológica, sin que por tanto sean secuelas estéticas sino en su caso funcionales, y por lo tanto no indemnizables por tal concepto, salvo que la parte hubiese acreditado su proyección exterior, lo que no consta. De la misma forma la deformidad de la rodilla, La forense define una ligera deformidad y dolor leve a la exploración, lo que no indica una deformidad o perjuicio estético externo, sino que puede obedecer a la exploración traumatológica de la rodilla afectada.

Por lo expuesto este motivo debe desestimarse, y con ello el recurso de apelación de esta parte.

NOVENO.- Recapitulando: La sentencia debe revocarse de forma parcial en el sentido de aplicar el baremo de 2008 en vez del de 2009, suprimiendo la indemnización concedida por ayuda de tercera persona, así como condenando al pago de los intereses de demora desde la fecha del informe de sanidad de 25 de febrero de 2009, con descuento de las cantidades consignadas en mayo de 2008.

Y por aplicación del expresado baremo de 2008, procederá indemnizar a la lesionada por lesiones y secuelas en la cantidad de 21.179,94 #, a las que se añadirán los 65.000 # por indemnización permanente total, así como los gastos y perjuicios incluidos en la sentencia recurrida, lo que supone una cantidad total de 107.632,39 #, que con la reducción del 20% queda reducida a 86.105,93 #.

DÉCIMO.- Se declaran de oficio las costas de esta alzada.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLO

Que desestimando de forma parcial el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de la entidad aseguradora Allianz, y desestimando el interpuesto por la representación de D^a Raimunda, contra la sentencia de fecha 24 de agosto de 2010 dictada por el Juzgado de Instrucción núm. 5 de esta ciudad en juicio de faltas 73/08; se revoca la misma de forma parcial, en el sentido de reducir la responsabilidad civil fijada a favor de la lesionada a la cantidad de 86.105,93 #, imponiendo a la aseguradora los intereses de mora del art. 20 LCS EDL 1980/4219, iniciándose el cómputo desde el 25 de febrero de 2009, excepto de las cantidades consignadas el 25 de mayo de 2008. Se confirman los restantes pronunciamientos de la sentencia recurrida.

Se declaran de oficio las costas de esta alzada.

Publíquese la presente resolución en audiencia pública y notifíquese a las partes con la advertencia de que es firme y que no cabe recurso ordinario alguno contra ella y con testimonio de la misma, una vez haya ganado firmeza, devuélvanse los autos originales al Juzgado de su procedencia para su conocimiento y ejecución.

Así por esta mi sentencia de la que se llevará certificación al Rollo de la Sala, lo pronuncio, mando y firmo.

Fuente de suministro: Centro de Documentación Judicial. IdCendoj: 40194370012010100396