



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE PAULISTA/PE**

Processo n.º 00035560520148171090

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

No mais, requer o prosseguimento da ação.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PAULISTA, 14 de abril de 2021.

  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR  
30225 - OAB/PE

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000032113-8

---

Nr. da Autenticação 0FB465C2509E5516

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013748728      **Cidade:** Paulista  
**Vítima:** JOSE JOAQUIM DA SILVA      **Data do acidente:** 08/06/2013  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A      **Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.  
**Natureza:** Invalidez  
**Emissor do parecer:** Paula Cristina Serzedello Faria  
**CRM do médico:** 5530

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão de joelho esquerdo.  
**Descrição do exame médico pericial:** Vítima apresenta limitação de movimentos da articulação do joelho esquerdo mas acentuada na flexão.  
**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador  
**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo.  
**Sequelas :** Com sequela  
**Data da perícia:** 16/12/2013  
**Conduta mantida:**  
**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** PAULO MUNIZ  
**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

**Laudo de avaliação médica para fins de verificação e  
Quantificação de lesões permanentes em vítimas do seguro DPVAT**

**Informações do Acidente**

**Sinistro:** 2013748728

**Data do Acidente:** 08/06/2013

**Nome da Vítima:** JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO

**Local:** RECIFE

**UF:** PE

**Resultado da avaliação apurada pelo examinador**

**I. Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?**

(x) Sim      ( ) Não      ( ) Prejudicado

**Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:**

Nenhum registro.

**II. Com base no quadro clínico atual do examinado, favor registrar:**

**a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:**

Contusão de joelho esquerdo, submetido a tratamento conservador

**b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.**

Vítima apresenta limitação de movimentos da articulação do joelho esquerdo mais acentuada na flexão.

**III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?**

**a) Tratamentos:** (x) Não      ( ) Sim

**Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:**

Nenhum registro.

**b) Exames Complementares:** (x) Não      ( ) Sim

**Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:**

Nenhum registro.

**IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:**

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

Nenhum registro.

b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitação funcional do joelho esquerdo.

**V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.**

**Com base no exame médico pode-se documentar:**

( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

**Em se tratando de enquadramento como "parcial", informar se o dano é "completo" ou "incompleto".**

( ) Parcial Completo (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa de forma global

algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

**Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.**

1º Lesão: Joelho esquerdo (50% Médio)

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequelas poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.**

**Informações Complementares Apresentadas pelo Examinador:**

Nenhum registro.

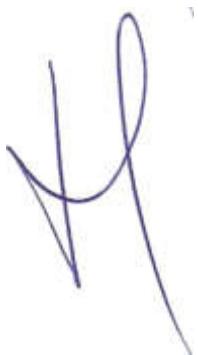
**Identificação do examinador**

**Nome:** PAULO MUNIZ

**Registro no CRM:** 5530

**Local do Exame:** xx

**Data do Exame:** 16/12/2013





# MultiMed

Consultoria em Saúde

(81) 9917.3262 / 8845.4472

**Dr. Luciene Coelho**

Atesto que atendi o Sr. José  
Paganini da Silveira Neto, o qual  
foi vítima de acidente de  
trânsito no dia 08/06/13 e que  
presentou um trauma contuso  
em pélvis É necessitando de  
tratamento conservador e  
medicamentoso, hoje repare que  
diminuições da ADM de pélvis  
É e deficit de força em  
Perna É.

Luciene P. Coelho  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 4933-F

30/10/13

UPA 24 HORAS - OLINDA  
Sistema de Internacao  
Ficha de Urgencia e Emergencia

2116125

Atendimento: 494832 Data: 08/06/2013 Hora: 16:50  
Medico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente...: 80704 JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO  
Nascimento: 27/07/1975 - Idade: 37a 10m 13d  
Mae.....: MARIA ROSA DA SILVA  
E.Civil...: SOLTEIRO RG...:  
Endereco...: BANDEIRA DO SUL, 60 - NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - Cep.: 53425600  
Cidade....: PAULISTA PE Fone: 9425-6351 ESPOSA  
Convenio...: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Sexo: Masculino  
Pai: *JAC*

RESUMO DE TRATAMENTO

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ HORA: 17:05

QUEIXA PRINCIPAL: *Última PI: atropamento no rosto 12 horas*  
*avolumento com dor forte no escroto*

E FISICO: *sono limitado pela dor.*

HIPOTSESE DIAGNOSTICA: *frax. contuso*

CONDUTA TERAPEUTICA: *1) PI: torcato escroto*

*2) Orl. ortoprotetico 100g x 100g fijo 11/06*

*Humberto Artur S. Santos*  
*CRM - PE 19979*

*3) ninissu. do pl. ass. N (toracoplastia)*

EVOLUCAO:

*4) drenando 3 cm PI easa.*

*Humberto Artur S. Santos*  
*CRM - PE 19979*

DESTINO:

Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência ( ) Internamento ( ) Transferido ( )

Medico CRM:

*Humberto Artur S. Santos*  
*CRM - PE 19979*

Supervisor CRM:

**MBM**  
**SEGURADORA**

21 NOV 2013

**SINISTRO DPVAT**

# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA OLINDA - (SUS BH)

08/06/2013 16:44

Nome Paciente: JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 37  
Senha: 0252  
Convênio:  
Atendimento:

UPA 24 HORAS - OLINDA - SUS BH  
CHAMADA: CLASSIFICAÇÃO  
SENHA: 0252  
08/06/2013 16:30

08/06/2013 16:44 - MANUELLA COSTA DE LIMA - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

Qua. Principal: TRAUMA EM MIE HJ

Alergia: NEGA

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES.  
- DOR LEVE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Intervenções de Alto

Risco:

MBM  
SEGURADORA  
21 NOV 2013  
SINISTRO DPVAT

Acolhido(a) por: MANUELLA COSTA DE LIMA



FIXO

Conta de Serviços de Telecomunicação

FAC

CADASTRE-SE NO CONTA ONLINE  
E SIMPLIFIQUE A SUA VIDA.



JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO

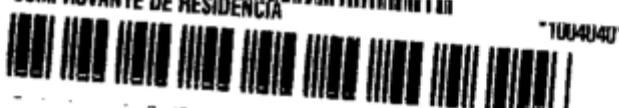
RUA BANDEIRA DO SUL, 60

NOSSA SRA CONCEICAO

53425-600 PAULISTA-PE

CTC RECIFE PE PL3

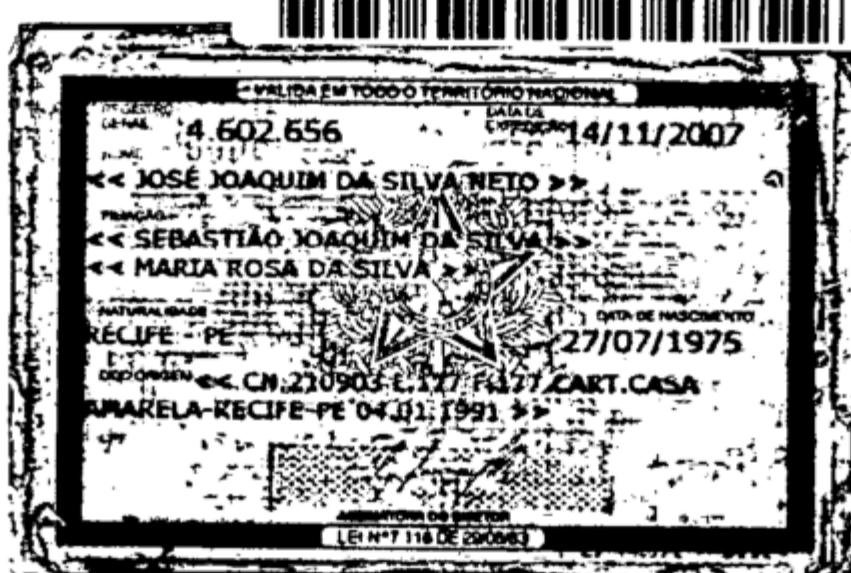
COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

PX AO MER DOIS IRMAOS

MBM  
SEGURADORA  
21 NOV 2013  
SINISTRO DPVAT





**Ministério da Fazenda**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 022.225.994-90

Nome da Pessoa Física: JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:47:14 do dia 17/07/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: C02C.A067.AD5E.64A5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



EU. joão joaquim da silva Neto  
PORTADOR (A) DO RG N° 4.602.656 EXPEDIDO POR SDS/PE EM (DATA)  
14/11/07 E CPF 022.025.994-20 CNPJ  PROFISSÃO  
Gari E RENDA MENSAL DE R\$ Recausou-se NA QUALIDADE DE  
BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA  
joão joaquim da silva Neto. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS  
CÓNSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1.  CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_

2.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

3.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

4.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

5.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 1581 C/P 00032113-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.  
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS  
INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA  
REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL: Recife DATA 17/07/2013ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A): joão joaquim da silva Neto

## ATENÇÃO:

- O Seguro Dpvat garante: Indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.194/74 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados -SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-022 204, de ~~segunda a sexta~~ de ~~segunda a sexta~~ sábado, de 08 às 20 hs.

- A Circular Susep nº380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

21 NOV 2013

204, de <del>segunda a sexta</del> de <del>segunda a sexta</del>	WBM
SEGURADORA	
SINISTRO DPVAT	





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 028A. CIRCUNSCRICAO - PAULISTA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0118009853**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2013** às 11:04

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/6/2013 no periodo da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE JANGA (BAIRRO), 1, AV. DR. LUIZ IGNACIO DE ANDRADE LIMA, PRÓXIMO AO TERMINAL DE ÔNIBUS DO CONJUNTO BEIRA MAR DO JANGA - Bairro: JANGA - Município: PAULISTA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
MOTOQUEIRO DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

(VITIMA) - JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: MARIA ROSA DA SILVA; Pai: SEBASTIÃO JOAQUIM DA SILVA Data de Nascimento: 27/7/1975; Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 4602656/SDS/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: 34340286; Telefone Celular: NAO INFORMADO  
Endereço Residencial: BAIRRO DE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO (BAIRRO), 60, RUA. BANDEIRA DO SUL, 55000-000, NOSSA SENHORA DA CONCEICAO, PAULISTA, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Comercial: NAO INFORMADO  
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(AUTOR \ AGENTE) - MOTOQUEIRO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: NÃO INFORMADO; Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

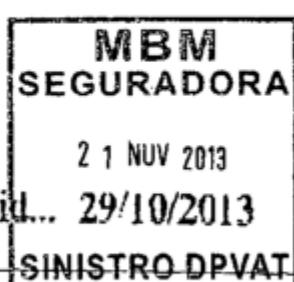
Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=118&id...> 29/10/2013



**MOTO NÃO IDENTIFICADA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOQUEIRO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOAQUIM DA SILVA NETO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**

Cor: **NAO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO ( RONDÔNIA / NÃO INFORMADO )**

**Complemento / Observação**

A VÍTIMA INFORMA, QUE NO DIA 08/06/2013 POR VOLTA DAS 14:00 HORAS, ESTAVA TRABALHANDO NO CAMINHÃO DO LIXO, NO CONJUNTO BEIRA MAR, NO JANGA, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SENDO O MESMO SOCORRIDO PRA UPA DE OLINDA CONFORME A FICHA DE ESCLARECIMENTO DE N°494832. CABO AFETO A DELEGACIA DO JANGA.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**

**JOSE JOAQUIN DA SILVA NETO**  
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: **FRANCISCO FRANCO SIQUEIRA** - Matrícula: **220.897-7**





Eu, Jose Joaquim da Silva Neto, portador da carteira de identidade nº 4.602.656 e inscrito no CPF/MF sob o nº 022.225.994-90, residente e domiciliado na Rua Bandeira do Sul n.º 60, Cidade Paulista, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife, 17 de Julho de 2013

Local e data



ECT - EMP. BRAS. CORREIOS E TELEGRAFOS  
00423944 - AGF BAIRRO DE SAO JOSE  
RUA 24 DE MAIO, 59, SANTO ANTONIO  
RECIFE - PE - 50020-970  
CNPJ: 41013483000146 - IE: ISENTA  
DATA: 16/04/2021 HORARIO: 16:16

OPERADOR 202 - EDELANIA MARTINS  
ATENDIMENTO NUMERO: 0044  
JOAO BARBOSA ASSESSORIA JURIDICA  
CEP: 52020-060 CODIGO: 000350000  
CNPJ: 08.734.949/0001-27

COMPROMISSO DO CLIENTE  
QB147915208BR - SEDEX SEDEX A VISTA PROT.  
DEST: 1 VARA CIVEL COMARCA PAULISTA  
CEP: 53401-440-PAULISTA-PE  
DIMENSOES (cm): 1,0 x 10,0 x 15,0  
PESO CUBICO (g): 25  
PESO (g): 180 PRECO: 21,00  
VALOR DECLARADO NAO SOLICITADO, NO CASO DE OBJETO COM VALOR, FAÇA SEGURO, DECLARANDO O VALOR DO OBJETO  
PROC N° 00035560520148171090  
ANOTACOES:

TOTAL: 1 21,00

VALOR A PAGAR	21,00
VALOR RECEBIDO	21,00
TROCO	0,00

SITE:WWW.CORREIOS.COM.BR CAC 3003-0100