



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
SECRETARIA DE HABITABILIDADE
ARTISTAS NACIONAIS DE HABITABILIDADE



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1548318182

NOME
ROBERTA BELARMINO FERREIRA



DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR UF
97002049441 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
914.918.273-00 21/06/1983

PERIÓDO
**ADALBERTO BELARMINO
FILHO
MARIA LUISETE
BELARMINO FERREIRA**

PERÍODO ACC CAT HAB
08/06/2013

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
08/06/2013



Observações

Roberta Belarmino Ferreira

ASSINATURA DO REGISTRADO

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 01/11/2017

Luiz Viana Filho
MACE MONTEMARCHI DE SAUS

11098765584
CEI 62065167

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROMISSO PLASTIFICAR
1548318182

Águia Assessoria Jurídica

Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85) 988081329(ol);
(85) 996298847(tim), (85) 30539729 Rua Barão Do Rio Branco, 1980, loja A,
José Bonifácio – Fortaleza/CE.
CEP: 60.025-061-7; e e-mail – mamedeaf@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Roberta Belamirino Pereira</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Carteira de Identidade: <u>97002048441</u>	
CPF nº: <u>914.918.273-00</u>	Residência: <u>Rua 18. Conj. Industrial, 70</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>61.910-000</u>

Por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua Barão Do Rio Branco, 1980, loja A, José Bonifácio – Fortaleza/CE, CEP – 60.025-061, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **RECEBER E DAR QUITAÇÃO**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 12/02/2020

Roberta Belamirino Pereira
OUTORGANTE

Águia Assessoria Jurídica

**Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85) 988081329(oi);
 (85) 996298847(tim), (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 1980, loja A,
 José Bonifácio – Fortaleza/CE.
 CEP: 60.025-061-7; e e-mail – mamedeaf@gmail.com**

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Roberto Belarmino Ferreira</i>		Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Autônomo</i>	Carteira de Identidade: <i>97002049441</i>	
CPF nº: <i>914.818.273-00</i>	Residência: <i>Rua 18, Conjunto Industrial, 070</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Miracouri</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>61810-000</i>

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 12/02/2020

x Roberto Belarmino Ferreira

Águia Assessoria Jurídica

Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85) 988091329(oi);
(85) 996298847(tlm), (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 1980, loja A,
José Bonifácio - Fortaleza/CE,
CEP: 60.025-061; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nome: <u>Roberta Belarmine Figueira</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>
CPF nº: <u>819.918.273-00</u>	Carteira de Identidade: <u>97002049441</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Residência: <u>Rua 18, Conjunto Industrial, 070</u>
Cidade: <u>Montezomai</u>	Estado: <u>CE</u>
	CEP: <u>61.910-000</u>

Doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE, sob o N°. 27490, com escritório na Rua Barão Do Rio Branco, 1980, loja A, José Bonifácio - Fortaleza-Ce. CEP: 60.025-061, doravante denominado **CONTRATADO**, ajustam o seguinte:

1) : O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover a propositura de Ação/Pedido:

ação de Indenização por danos DPVAT

2) O **CONTRATANTE** se obriga a:

- fornecer 01 (uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF.
- fornecer cópias documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

§ 1º: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

3) Ao **CONTRATADO** serão devidos, a título de **HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, o valor correspondente a 30 % (Trinta por cento) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da **CONTRATANTE** ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada.

§ 1º: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo **CONTRATANTE**, nada será devido por esse ao **CONTRATADO**, se responsabilizando o **CONTRATANTE** por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

§ 2º: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

Parágrafo Terceiro: Em caso de em caso de rescisão unilateral em qualquer fase do processo por parte do **CONTRATANTE**, este deverá ao **CONTRATADO** a importância de R\$ 200,00 (Duzentos reais).

4) : O **CONTRATADO** se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

5) O: As partes elegem o foro de Fortaleza(CE), para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

6) : O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar o **CONTRATADO** qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Fortaleza, 12.02.2020

Roberta Belarmine Figueira Mamede Adriano Filho
 Contratante Contratado

Testemunhas:

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____



78535

Fls. 13

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 O Beneficiário tem direito a 10 kWh
 de energia elétrica por mês.
 O valor da tarifa social é de R\$ 0,00
 por kWh.
 O valor da tarifa social é de R\$ 0,00
 por kWh.
 O valor da tarifa social é de R\$ 0,00
 por kWh.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 040462059
 Nº de Matrícula 1119R18 - 99000 Referência 11/2019
 Nome MARIA LUIZETE BELARMINO FERREIRA
 Endereço RUA 18 CONJ INDUSTRIAL, 00070, CENTRO, 61910-000,
 MARACANAÚ
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
 Tipo de Alimentação Monofásico

Emissão 27/11/2019
 Medidor 281828-FAE-005

DETERMINAÇÃO AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



ANEXO DA MEDIÇÃO

Item	Valor	Leilão	Const.	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
				Mês (kWh)	Ind. (kWh)	Fat. (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
1	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	0,72068	207,65

ANEXO DO FATURAMENTO

TARIFA

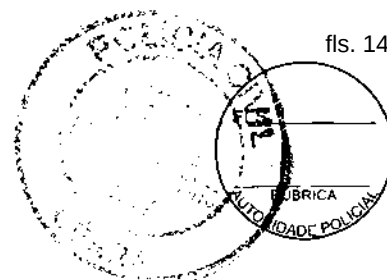
VALOR (R\$)

CONTRIBUIÇÃO PUE PREF MUNICI	-	39,31
CONTRIBUIÇÃO	0,72360	207,65
MOROS MORATORIOS	-	1,89
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,04200	0,57
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05153	14,70
CONTRIBUIÇÃO SÓPAI HOSP INFANTIL 0800 276 2211	-	12,00
CONTRIBUIÇÃO APAE 0800 0950703	-	12,00
CONTRIBUIÇÃO SEGURO SUPER 3 + 1 - PRAT 0800 6000560	-	4,15
CONTRIBUIÇÃO DESAFIO JOVEN 35 2052 7201	-	5,00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MANUELO ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/02/2020 às 13:01, sob o número 0210760812020000001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0210760812020000001 e código 5F2E48.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202022581



fls. 14

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 62 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2020 15:37:00**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2019 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV GODOFREDO MACIEL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTA BELARMINO FERREIRA**
Nascimento: **21/06/1983** CPF: **914.918.273-00**
RG: **97002049441** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA LUISETE BELARMINO FERREIRA**
ADALBERTO BELARMINO FILHO
Endereço: **RUA 18, 70**
Bairro: **CONJ. INDUSTRIAL**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98923-2912**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNF6359** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2MD4100GR008404** Renavam: **1101483706** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 190** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **COSMA FERREIRA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DE UMA MOTO DE PLACA PNF-6359 QUE ERA PILOTADA POR ICARO BELARMINO DE PAIVA CNH NUMERO 06960786904 NA AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS PAROU REPENTINAMENTE NA VIA, QUE O PILOTO DA MOTO FREOU A MOTO PARA NÃO COLIDIR, MAS COMO O SISTEMA DE FREIOS E ABS O PNEU TRAVOU E O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU COM A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO A VITIMA LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Roberto Belarmino Ferreira

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 08/01/2020 15:46:34

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/01/2020 15:46:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202022581

fls. 15



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 62 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MÁRIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/09/2019 14:49:08	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708008537844730	NOME: ROBERTA BELARMINO FERREIRA			Registro: 5634778			
CPF: 81491827300	RG: 97002049441	D. NASC: 21/08/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA LUISETE BELARMINO FERREIRA			NOME DO PAI: ADALBERTO BELARMINO FILHO				
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: A			Nº: 38	BAIRRO: MESSEJANA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 88286502	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 61925440			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ROBERTA BELARMINO FERREIRA			PARENTESCO:		TELEFONE: 88286502		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ADOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete com trauma em cotovelo e pé direito, há 01 hora. apres. dor							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Trabalho	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ROBERTA BEATRIZ DE FARIAS

laus m. n. n.

Atende por a parte superior
do abdômen e cirrúf
o feto da estovela
Bito (≤ 42.4)

Sueto 90 (Naveiro)
ho de Artilho deca

Valterio de Faria
Téc. em Radiologia

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ROBERTO BELARUINI FERREIRA

Fístula 11 anos

Fístula do
côlon Direito

30/01/18

[Handwritten signature]

Instituto Clínico de Portaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Portaleza - CE - CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ROBERTA BEIRÃO FERREIRA
Atleta Misto.

Atleta da equipe
esportiva mista
do clube
de atletismo
do clube

09/15 (Ano) 1

Valterio Pinheiro
Técnico

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODULO 4



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

ROBERTA BATISTINO FILHO
laib uniu.

Ateto por a pente eide
pi minutos e eide
rs Tetes do eide
Dito (≤ 42.4)
Lento 90 (Nuito)
des de Aido deyo

25
of
19

Valterio
Valterio

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá. 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE - CEP 60.210-011.
Fone/Fax: (85) 3228.2535
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0210760-81.2020.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Roberta Belarmino Ferreira**
:

R.H.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, a fim de juntar aos autos processuais o comprovante do valor pago pela via administrativa.

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 14 de fevereiro de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA**Juiz de Direito**

Águia Assessoria jurídica

**Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(oi e watssapp); Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994 e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 1980, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170-; e: e-mail – mamedeaf@gmail.com**

MERITÍSSIMO JUÍZO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CEARÁ

Processo nº: 0210760-81.2020.8.06.0001

Roberta Belarmino Ferreira, já devidamente qualificada nos autos do processo, vem à presença de Vossa Excelência apresentar

EMENDA À INICIAL.

Em atendimento ao despacho expedido por Vossa Excelência às fl.21, vem acostar o comprovante de indenização em grau de processo administrativo, esperando ter atendido ao referido despacho, pede deferimento como forma de dar continuidade ao feito.

Mamede Adriano filho
OAB/CE: 27490.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018940

Vítima: ROBERTA BELARMINO FERREIRA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTA BELARMINO FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ROBERTA BELARMINO FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003604**

Conta: **0000013706-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

