

## Lista de documentos – Pessoa Idosa e/ou Pessoa com Deficiência **Retenção Escolar (criança/adolescente com deficiência ou pessoa curatelada)**

### ❖ **Você que representa a criança/adolescente ou a pessoa aluna curatelada, deve trazer:**

- ☐ Sua Carteira de Identidade e CPF
- ☐ Seu Comprovante de endereço atualizado, com CEP (com data dos 3 últimos meses — trazer apenas um)
- ☐ Sua “Folha Resumo” do CadÚnico válido<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **CTPS** digital impressa ou física, caso não tenha a digital. Trazer cópia das páginas com foto, dados, último contrato e página seguinte em branco.

### ❖ **Da criança/adolescente com deficiência ou da pessoa aluna curatelada:**

- ☐ Carteira de Identidade e CPF
- ☐ Certidão de nascimento
- ☐ Comprovante de endereço
- ☐ Termo de curatela, se for o caso
- ☐ Comprovante de renda
- ☐ Relatório médico que indique o diagnóstico e o tipo de deficiência com CID
- ☐ Relatórios médicos e de outros profissionais que acompanham a criança/adolescente ou o aluno curatelado, indicando e justificando detalhadamente a necessidade de sua manutenção na série/grau que está cursando
- ☐ Declaração de matrícula e frequência na escola atual
- ☐ Relatório da escola atual, informando sobre seu desenvolvimento e constando, se possível, necessidade de que seja mantida na mesma série/grau/escola
- ☐ Todos os demais documentos que tiver, para comprovar suas alegações

#### **Atenção:**

Novos documentos podem ser solicitados

## BREVE RESUMO DO CASO:

**(O que aconteceu e o que você precisa.)**

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features approximately 20 evenly spaced, horizontal green lines running across the entire width of the page. The background is a solid off-white color, providing a clear contrast for the green lines. There are no margins, text, or other markings present.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura da pessoa assistida

PARTE CONTRÁRIA, se existir:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ Nº/apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ - Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**DPMG**

DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

O (a) abaixo assinado (a)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(nacionalidade, estado civil e profissão)

CPF \_\_\_\_\_ RG nº. \_\_\_\_\_,

para defesa de seus direitos, solicita à DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, Assistência Jurídica Integral e Gratuita.

Nestes termos declara, para todos os fins de direito e nos termos da lei, que não possui condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu sustento ou de sua família.

Na oportunidade foi expressamente advertido de que a falsidade desta declaração poderá acarretar-lhe sanções de natureza administrativa, cível e criminal, em especial o crime de falsidade ideológica, bem como o pagamento do décuplo das custas não recolhidas (Lei 1.060/50, art. 4º, § 1º).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura

**DPMG**

DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

## QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

- Profissão \_\_\_\_\_ ( ) empregado ( ) desempregado ( ) autônomo
- Renda individual: R\$ \_\_\_\_\_
- Número de membros da entidade familiar \_\_\_\_\_ Renda Familiar: R\$ \_\_\_\_\_
- Renda mensal dos outros membros da entidade familiar (Nome/ Parentesco/ Renda)  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_
- Imóveis residenciais ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_ Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Imóveis comerciais ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_ Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Imóveis alugados? ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_ Valor do aluguel R\$ \_\_\_\_\_
- Automóveis? ( ) Sim ( ) Não. Marca/Modelo/Ano \_\_\_\_\_ Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Outros bens: ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_ Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Financiamento de bens? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_  
Quantas prestações \_\_\_\_\_ Prestações pagas \_\_\_\_\_ Valor da parcela \_\_\_\_\_

### DESPESAS:

- Pensão alimentícia? ( ) Sim ( ) Não. Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Valor R\$ \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
- Benefício previdenciário? ( ) Sim ( ) Não. Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Imposto de renda? ( ) Sim ( ) Isento Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Cartão de crédito? ( ) Sim ( ) Não. Valor (média dos últimos 3 meses) R\$ \_\_\_\_\_
- Aluguéis? ( ) Sim ( ) Não. Valor R\$ \_\_\_\_\_
- Mensalidade escolar? ( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_ Valor R\$ \_\_\_\_\_

( ) **Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que a falsidade desta declaração pode acarretar sanções de natureza administrativa, cível e criminal, em especial o crime de falsidade ideológica.**

( ) Estou ciente que minha situação econômico-financeira poderá ser reavaliada a qualquer tempo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura