

Lista de documentos – Cível

Indenização por Erro Médico

❖ Você que busca atendimento, deve trazer:

☐ Sua Carteira de Identidade e CPF

☐ Seu comprovante de endereço atualizado ¹

☐ Sua “Folha Resumo” do **CADÚnico válido**, com comprovação do recebimento do **Bolsa Família ou BPC** (Benefício de Prestação Continuada/LOAS):

() Se **Bolsa Família**, extratos de pagamento dos últimos 3 meses

() Se **BPC/LOAS**, extratos de pagamento do INSS dos últimos 3 meses

☐ Se **não tiver ou não comprovar o CadÚnico válido e o recebimento do Bolsa Família ou do BPC/LOAS**, trazer seus comprovantes de renda atualizados e os comprovantes de renda das pessoas com quem você divide o sustento e as contas (como parentes, esposa, marido, companheiro, convivente): ²

() Se você estiver **empregada(o)**: Carteira de Trabalho - CTPS ³; contracheques dos 3 últimos meses; extratos bancários de todos os Bancos que tem conta, dos 3 últimos meses ⁴; e a Declaração de Imposto de Renda do último ano (se declarar);

() Se **desempregada(o) ou for autônoma(o)**: Carteira de Trabalho - CTPS ³; declaração de ausência de renda formal, conforme modelo da DPMG; extratos bancários de todos os Bancos em que tem conta, dos 3 últimos meses ⁴; e a Declaração de Imposto de Renda do último ano (se declarar);

() Se **aposentada(o) ou pensionista**: extrato bancário com nome, número, valor do benefício atualizado (com data dos 3 últimos meses — trazer apenas um); extratos bancários de todos os Bancos que tem conta, dos 3 últimos meses ⁴; e a Declaração de Imposto de Renda do último ano (se declarar);

() Se você for **MEI (Microempreendedor Individual) ou empresária(o) (ME, LTDA., SLU)**: Carteira de Trabalho - CTPS ³; extratos bancários de todos os Bancos que tem conta (pessoa física e jurídica), dos 3 últimos meses ⁴; Declaração de Imposto de Renda do último ano (pessoa física e jurídica); cópia da situação cadastral anual; questionário de pesquisa socioeconômica de pessoa física e jurídica. Se MEI, trazer também o cadastro do MEI; Se ME, LTDA., SLU, trazer também o último contrato social e os rendimentos da empresa dos 3 últimos meses.

¹ **São aceitos como comprovantes:** conta de água, luz, telefone, internet, declaração de residência do posto de saúde ou contrato de aluguel válido e assinado, acompanhado de uma conta recente em nome do proprietário do imóvel. Trazer apenas um comprovante, com CEP, que seja dos últimos 3 meses.

² **Das pessoas com quem você divide o sustento e as contas** (parentes, esposa, marido, companheiro, convivente):

• Se **empregado**, contracheque dos últimos 3 meses, extrato bancário dos últimos 3 meses e declaração de imposto de renda (se declarar);

• Se **desempregado ou autônomo**, declaração de ausência de renda formal, conforme modelo da DPMG, extratos bancários dos últimos 3 meses e declaração de imposto de renda (se declarar);

• Se **aposentado ou pensionista ou MEI ou empresário**, são necessários os documentos específicos.

Obs.: outros documentos podem ser solicitados.

³ **CTPS** digital impressa ou física, caso não tenha a digital. Trazer cópia das páginas com foto, dados, último contrato e página seguinte em branco.

⁴ A DPMG poderá exigir documento expedido pelo Banco Central com a relação de todas as contas bancárias ativas.

❖ Com relação aos fatos:

- ☐ Cópia integral do prontuário médico que é fornecido pelo hospital, se tiver
- ☐ Fotografias do paciente, quando houver alguma fratura exposta ou lesão aparente
- ☐ Relatórios médicos atuais que possam comprovar algum erro no procedimento adotado.
- ☐ Todos os outros documentos que tiver, para comprovar suas alegações

❖ Do médico e do hospital:

- ☐ Nome do hospital e endereço completo (rua, número, bairro, cidade, estado, CEP)
- ☐ Nome do médico e endereço completo (rua, número, bairro, cidade, estado, CEP), se souber
- ☐ CRM, CPF, telefone, WhatsApp e e-mail do médico, se souber

Atenção:

Novos documentos podem ser solicitados

BREVE RESUMO DO CASO:

(O que aconteceu e o que você precisa.)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura da pessoa assistida

PARTE CONTRÁRIA, se existir:

Nome completo: _____

Rua: _____ N°/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

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: _____

- 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