



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, com CEP (com data dos 3 últimos meses — trazer apenas um)
- Sua "Folha Resumo" do CadÚnico válido¹

Se **não tiver ou não conseguir comprovar o CadÚnico**, trazer **seus comprovantes** de rendimentos atualizados e dos seus parentes, esposa, marido, companheira(o), convivente, desde que você dependa de algum deles economicamente²

() Se você estiver **empregada(o)**: Carteira de Trabalho - CTPS³; contracheques dos 3 últimos meses; extratos bancários de todos os Bancos que tem conta, dos 3 últimos meses⁴; e a Declaração de Imposto de Renda do último ano (se declarar);

() Se **desempregada(o) ou for autônoma(o)**: Carteira de Trabalho - CTPS³; declaração de ausência de renda formal, conforme modelo da DPMG; extratos bancários de todos os Bancos em que tem conta, dos 3 últimos meses⁴; 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 meses⁴; 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 - CTPS³; extratos bancários de todos os Bancos que tem conta (pessoa física e jurídica), dos 3 últimos meses⁴; 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 Se tiver comprovação do **CadÚnico**, não precisa apresentar outros documentos para comprovação da renda, nem dos familiares de quem depender economicamente.

² **Do parente**, esposa, marido, companheira(o), convivente — **se empregada(o)**, basta contracheque dos últimos 3 meses; **se desempregada(o) ou autônoma(o)**, basta declaração de ausência de renda formal, conforme modelo da DPMG e extratos bancários dos últimos 3 meses; **se aposentada(o) ou pensionista ou MEI ou empresária(o)**, são necessários documentos específicos.

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



DPMG

DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

BREVE RESUMO DO CASO:

(O que aconteceu e o que você precisa.)

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da pessoa assistida

PARTE CONTRÁRIA, se existir:

Nome completo: _____

Rua: _____ N°/apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ - _____ Estado: _____

CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

CPF: _____ Estado Civil: _____



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