

Morhan

**MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO
DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA
HANSENIASE**

Rua do Matoso, 6 - sala 204
Praça da Bandeira – RJ
Telehansen@ 0800-26-2001
Telefone/fax: (21) 2502-0100
Utilidade Pública Lei 3619 de 03/01/91.
CNPJ 433.299.937/0001-18
E-mail: morhan@morhan.org.br
Site: www.morhan.org.br



**ORGANIZAÇÃO DE DIREITOS
HUMANOS PROJETO LEGAL**

Avenida Marechal Floriano, 199
5º andar - Centro – RJ
Telefone/fax: (21) 2507-6464
E-mail: projetolegal@projetolegal.org.br
Site: www.projetolegal.org.br

ATENÇÃO: As informações abaixo só devem ser prestadas por filhos (as) que foram separados (as) de seus genitores atingidos pela hanseníase e que sofreram o isolamento compulsório.

Essas informações devem ser preenchidas de forma espontânea, não garantindo à pessoa identificada nenhum direito legal. Este formulário se constitui, única e exclusivamente, em um instrumento de levantamento de dados para tomada de posição que poderá gerar futuros procedimentos ou ações em favor do signatário.

FORMULÁRIO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Data do preenchimento do formulário: ____/____/____.

Local do preenchimento (colônia, hospital, núcleo do Morhan, outros): _____

Quem realizou o preenchimento? (nome e função) _____

1) Nome Completo: _____

2) Data de Nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: M () F ()

3) RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

4) Você se considera: () branco () negro () pardo () indígena () oriental

5) Estudou até que série? (não informar primário, ginásio e sim a série) _____

6) Ocupação: _____ Carteira assinada? () sim () não

7) Renda mensal: () até 1 salário mínimo () entre 1 e 3 salários mínimos () acima de 3

8) Nome do Pai: _____

O pai é vivo? () sim () não Ele viveu em colônia? () sim () não Qual(is)? _____

Em que período ele esteve isolado? _____

9) Nome da Mãe: _____

A mãe é viva? () sim () não Ela viveu em colônia? () sim () não Qual(is)? _____

Em que período ela esteve isolada? _____

10) Cidade onde você nasceu: _____ Estado: _____

11) Você nasceu dentro de alguma colônia? ()sim ()não Qual? _____

12) Possui Certidão de Nascimento? ()sim ()não Quantas? _____

13) Foi enviado (a) para Educandário/Preventório? ()sim ()não Qual (is)? _____

14) Quanto tempo permaneceu na instituição? _____

15) Como saiu de lá? _____

16) Voltou a conviver com seus pais biológicos ou foi levado para o convívio de outras pessoas? _____

17) Foi enviado (a) para adoção? ()sim ()não Foi uma adoção legal? _____

Mudou de nome após a adoção? Qual o novo nome? _____

18) Possui documentos que comprovem sua história? Quais? _____

19) Onde mais poderiam existir outras provas? _____

20) Possui irmãos com a mesma história? Quantos? _____

Nome dos irmãos (se souber) _____

Seu endereço - Rua: _____

No. _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Outros: _____

Registrar abaixo outros detalhes importantes:

Autoriza a publicação de sua história? () sim () não Prefere que ocultemos o nome? () sim () não

Assinatura do requerente