

**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**

**SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS**

Esplanada dos Ministérios - Bloco T - Sala 420- Edifício Sede do Ministério da Justiça

70064-900 - Brasília - DF - Fone: (61) 3429.3142 / 3454 - Fax (61) 3223.2260

**REQUERIMENTO DE PENSÃO ESPECIAL**

Medida Provisória nº 373, de 24 de maio de 2007 (\*)



NOME DO REQUERENTE:

ENDEREÇO:

CEP:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

NOME COMPLETO DA MÃE:

NOME COMPLETO DO PAI:

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

CPF (\*\*):

LOCAL DE NASCIMENTO:

DATA DE NASCIMENTO:

PERÍODO DE ISOLAMENTO/INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA:

ENTIDADE (HOSPITAL-COLÔNIA) DE INTERNAÇÃO:

Nº DO PRONTUÁRIO / REGISTRO DE  
INTERNAÇÃO:

Declaro não ser, até a presente data, beneficiário de indenização a cargo da União em decorrência do isolamento / internação compulsório em hospital-colônia por ser portador de hanseníase. Declaro, ainda, serem verdadeiras as informações acima expostas, que motivam a solicitação de concessão da pensão indenizatória prevista na Medida Provisória nº 373, de 2007.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008 \_\_\_\_\_

Local e data do requerimento

Assinatura do Requerente ou

Representante Legal

Preencher quando o requerente for o representante legal

MOTIVO DA REPRESENTAÇÃO LEGAL:			
NOME:			
ENDEREÇO:			
CEP:	CIDADE:	UF:	TELEFONE:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:	
Condição do representante legal:			
<input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> CURADOR <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PROCURADOR			
O requerente apresentou cópia de documento comprobatório de internação?		O requerente indicou testemunha(s)? (***)	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O requerente apresentou declaração de testemunha(s) informando sobre a internação?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

(\*) No momento de protocolização, o requerente deverá apresentar um dos seguintes documentos de identificação: carteira de identidade; certidão de nascimento, certidão de casamento, certificado de reservista ou carteira de trabalho e previdência social.

(\*\*) Caso o requerente não possua CPF no momento da apresentação do requerimento, deverá providenciá-lo junto a Receita Federal para que possa ser cadastrado junto ao órgão pagador da pensão especial.

(\*\*\*) Caso o requerente indique testemunha(s) a ser(em) ouvida(s) pela Comissão Interministerial de Avaliação, relacionar no verso deste formulário o nome de cada testemunha, endereço completo para correspondência e telefone para contato (com DDD), se houver.