



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**

**SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS**

Setor Comercial Sul . B . Quadra 09 . Lote C

Ed. Parque Cidade Corporate . Torre A . 8º Andar . Asa Sul

70.308 - 200 - Brasília - DF - Fone: (61) 2025.3142 / 9558 - Fax (61) 2025.9366

**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:

ORGAO 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 2011.

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:					
PAI	MÃE	CURADOR	TUTOR	PROCURADOR	
O requerente apresentou cópia de documento comprobatório de internação?			O requerente indicou testemunha(s)? (***)		
SIM		NÃO	SIM		NÃO
O requerente apresentou declaração de testemunha(s) informando sobre a internação?					
SIM			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.