

## ANEXO



**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 2007

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?  SIM  NÃO O requerente indicou testemunha(s)?  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.