



MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS
Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais
Coordenação-Geral da Comissão Interministerial de Avaliação
SCS-B – Quadra 09 Lote “C” – Ed. Parque Cidade Corporate Torre A – 8ª andar - Asa Sul.
Brasília-DF – CEP 70308-200 Telefone e fax: (61) 2027 -3142

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 2021.

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.