



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**

**MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS  
SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
COORDENAÇÃO-GERAL DA COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE AVALIAÇÃO**

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) 2027.3142 / 3492

**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 2020.

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.