

Ao Presidente da Comissão de Avaliação do Direito à Indenização aos Filhos Segregados de Pais com Hanseníase, conforme Decreto 47560/2018, que regulamenta a Lei 23.137/2018, solicito o benefício de que trata a Lei 23.137/2018, por considerar que me adequo aos requisitos da referida lei.

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO

I - Dados pessoais

Nome completo do requerente:

Identidade:

CPF:

Endereço:

Telefone: ()

Nome do pai:

Nome da mãe:

E-mail (Endereço eletrônico) do requerente:

II - Dados Históricos

2.1 Quanto aos pais:

() Pai foi atingido pela hanseníase e internado em colônia

Período:

Nome do estabelecimento:

() Mãe foi atingida pela hanseníase e internada em colônia

Período:

Nome do estabelecimento:

2.2 - Quanto ao requerente, foi encaminhado para: (necessário encaminhar o comprovante)

() Educandário

Período:

Nome do estabelecimento:

() Creche

Período:

Nome do estabelecimento:

() Preventório

Período:

Nome do estabelecimento:

() Colônias de hanseníase - separados dos pais ou do convívio social

Período:

Nome do estabelecimento:

() Segregado da mãe

() Segregado do pai

2.3 - Recebe o benefício a que se refere a Lei Federal 11.520/2007 (caso afirmativo, anexar o comprovante)

() Sim

() Não

() Pais recebem

III - Dados clínicos

3.1 - Possui FEC (Ficha Epidemiológica Clínica)?

() sim (sendo afirmativa, colocar o comprovante)

() não

3.2 - Pai e/ou mãe possui Ficha Epidemiológica Clínica?

() sim (sendo afirmativa, colocar o comprovante)

() não

3.3 - Pertence à lista da Linha de Cuidados?

() sim

() não

3.4 - Dados econômicos

Tem renda inferior a 4 salários mínimos mensais?

() sim

() não

Comprovante de renda (anexar)

Próprio punho? () Sim () Não

IV - Caso você não tenha os documentos acima, mas considera que tem o direito de receber a indenização porque atende aos requisitos, favor indicar testemunhas (mínimo de 1, máximo de 2).

Nome da testemunha:

Endereço completo:

Telefone: ()

Nome da testemunha:

Endereço completo:

Telefone: ()

V. Entendo ser necessário expor, em anexo, os fatos e fundamentos do pedido.

Data

Assinatura conforme documento de identificação



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

RELATO DOS FATOS

Se possível, escreva abaixo um relato que conte sua história de vida e dos seus pais. Os fatos relatados devem possuir relação com sua solicitação de recebimento da indenização.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Declaro que os fatos narrados acima são verdadeiros e tenho ciência que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro.

Data

Assinatura conforme documento de identificação