

AUTORIZAÇÃO DE VISITA VIRTUAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, (NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL), (Brasileiro (a), (Estado Civil), (profissão), portador da carteira de identidade nº (), expedida pelo) em (/ /), inscrita no CPF/MF sob o nº (), residente e domiciliada na (), (bairro), (Município), (estado), telefone (96) , AUTORIZO, na qualidade de responsável legal, a criança (NOME COMPLETO DAS CRIANÇAS), nascido em (/ /), natural de , portador da carteira de identidade nº () e inscrita no CPF/MF sob o nº (), para fins de realizar o Serviço de Visita Virtual direcionado ao seu pai ou mãe (NOME COMPLETO), que se encontra custodiado no INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO ESTADO DO AMAPÁ – IAPEN.

Cidade/UF, de de 2025.

Assinatura do Responsável legal
Grau de Parentesco a criança e adolescente:

Cidade/UF, de de 2025.

Assinatura do Responsável legal
Grau de Parentesco a criança e adolescente: