

**AUTORIZAÇÃO DO(A) GENITOR (A) DO MENOR**

Rio de Janeiro \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Através da presente, autorizo o (a) menor

\_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_

/ \_\_\_\_ com \_\_\_\_ anos de idade, RG: \_\_\_\_\_ a realizar visita ao

interno(a) \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, acompanhado (a) do (a) responsável

\_\_\_\_\_ (nome do responsável

que entrará com o (a) menor) RG: \_\_\_\_\_.

Autorizador: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura

**OBS:** ESTA DECLARAÇÃO SÓ É VÁLIDA COM FIRMA RECONHECIDA DO AUTORIZADOR POR **AUTENCIDADE**, IGUALMENTE, DECLARA, TAMBÉM, ESTÁ CIENTE DO DISPORTO NO ARTIGO Nº 299 DO COGIDO PENAL **“QUE PREVÊ PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE E MULTA EM CASO DE FALSA DECLARAÇÃO COMO O FIM DE ALERAR A VERDADE FATO JURICAMENTE RELEVANTES”**

**ESTE DOCUMENTO SÓ SERÁ VÁLIDO**

Com reconhecimento de firma por autenticidade em Cartório do Autorizador

Anexar cópia de identidade do autorizador

Comprovante de residência recente do autorizador (recente, com data de emissão de, no máximo 90 dias).