



ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO EXECUÇÃO PENAL - DEPEN
CENTRAL DE CREDENCIAIS DE VISITAS

REQUERIMENTO: com * Não necessita preencher

Unidade Penal:* _____

Senhor(a) Servidor(a):

O epígrafado requerer a Vossa Senhoria, através do Assistente Social infra-assinado, autorização para o credenciamento de visita, esclarecendo que foram prestadas todas as orientações referentes ao meu grau de afinidade e parentesco contida na Portaria de nº 499/2014 de 14/11/2014, dos procedimentos de visita e das responsabilidades das informações declaradas de acordo com o Artigo 299 do CPB e Art. 2º § 7º da referida Portaria.

Preso(a):..... .Pront. Nº *

Requerente:..... .CV nº *

Parentesco: (o que você é do preso)..... Sexo: () F () M

Rua:Nº.....FONE: (.....).....

Cidade:Bairro:.....CEP:

RG nº.....Estado:.....data nasctº ____/____/____.CPF:.....

E-MAIL/OBS: *Profissão:

ASSUNTO:

() *RENOVAÇÃO () *NOVA CREDENCIAL () *INCLUSÃO () 2ª VIA () REATIVAÇÃO: ____/____/____

() Inclusão de menores () Transferência de responsável p/ menores () Entrega de Sacola/Higiene

() Outros.....

() Regalia de Visita Íntima, e **DECLARO** para os devidos fins que tenho conhecimento dos riscos a que estarei exposta por ocasião da realização da visita íntima. Declaro ainda que assumo a responsabilidade do risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (DST), bem como que a visita é do preso e para o preso e que estou ciente que somente ao preso cabe a **autorização** da visita ou ainda o pedido de **cancelamento** e também a **reativação**, se for o caso;

Pelo presente instrumento **DECLARO** que () NÃO () SIM faço parte do processo em que o requerido está respondendo ou que está condenado e/ou que () NÃO () SIM figuro como vítima em processos em que o mesmo responde.

DECLARO ainda que () NÃO () SIM estou grávida e me encontro no () mês de gravidez, conforme atestado médico anexo ou a ser apresentado quando da visita ao referido preso.

.....de.....de 20.....

Ciente e autorizo esta visita,

Custodiado (a)

Assinatura do (a) Requerente

Os documentos enviados e ou anexados neste requerimento **NÃO** serão devolvidos.

Alertamos para que se for constatado qualquer irregularidade durante ou mesmo depois de concedida a credencial o DEPEN se reserva do direito de **Cancelar / Suspender** ou **Excluir** a presente credencial.

DATA LIMITE PARA IMPLANTE NO SITE: ____/____/20____ – **Consta visitas ao preso:** _____

CFACF _____ IPC _____ ÓRACULO _____ INFOSEG: _____ Rec. Por Correio em: _____

Atendido por: _____ / Consultado por: _____ / Doc. Conf. Original por: _____

Se companheira comprovação por: () D.UE; () EP.UE; () AJ.UE – DOCTOS **COMPLEMENTADO em:** ____/____/____



ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO EXECUÇÃO PENAL - DEPEN
CENTRAL DE CREDENCIAIS DE VISITAS

Declaração para requer visitas de Crianças e Adolescente – Filhos, Irmãos e outros de presos:

DECLARO, para os devidos fins de direito que o preso () Não () Sim, possui () filhos () irmãos ou () outros menores _____ e que () Não () Sim pretendo leva-los para a visita ao requerido. Declaro ainda que estou ciente da Portaria **499/14** bem como das documentações exigidas e ainda da **Lei 8069/90** atualizado pela Lei 1210/90 nos Artigos **17; 18 e 232**;

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Art. 232 reza que qualquer que "Submeter criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou a constrangimento" poderá ser punido com Pena – de detenção de seis meses a dois anos.

RELAÇÃO DE MENORES

Nome:	Data de Nascto.	Grau de Parentesco
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

Observação: Caso não queira levar os filhos para a visita ao requerido apontar os motivos:

() Falta de documentos do menor ou () Outros: _____

_____/_____/20____

Ass. _____

RG nº _____

CFACF _____ IPC _____ ÓRACULO _____ INFOSEG: _____ Rec. Por Correio em: _____

Atendido por: _____ / Consultado por: _____ / Doc. Conf. Original por: _____

Se companheira comprovação por: () D.UE; () EP.UE; () AJ.UE – DOCTOS **COMPLEMENTADO em:** ____/____/____