



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE MENORES

Eu, _____,

RG N.º _____,

ORGÃO EXPEDIDOR: _____,

DECLARO que as crianças e/ou adolescente abaixo relacionados estão sob minha total responsabilidade, estando ciente de que os mesmos somente poderão adentrar na Unidade Penal em minha companhia. Dessa forma, ao assinar este termo, declaro também estar ciente de que a Agência Estadual de Administração de Sistema Penitenciário fica isenta de quaisquer responsabilidades sobre ocorrências dentro da Unidade Penal.

NOME DA CRIANÇA / ADOLESCENTE	PARENTESCO	IDADE

Campo Grande MS, _____/_____/_____.

Assinatura