

**ANEXO II**

Formulário para entrevista individual da pessoa privada de liberdade do Relatório de Inspeção Prisional ou adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

**1- QUALIFICAÇÃO**

Nome:
Nome Social:
Filiação (mãe/pai):
Data de nascimento:
Naturalidade/Nacionalidade:
Gênero: ( ) masculino ( ) feminino ( ) não binário
RG: _____ CPF: _____
Passaporte (estrangeiro):
Endereço:
Situação de homonímia? ( ) sim ( ) não
Se autodeclara pessoa ( ) preta ( ) parda; ( ) branca ( ) outra:
Integrante de categoria especial: ( ) idosa, nos termos da lei; ( ) em isolamento disciplinar; ( ) grávida ou lactante; ( ) segregada para resguardo da integridade física; ( ) com transtorno mental ou com deficiência; ( ) proveniente de carreira de segurança pública; ( ) da população LGBTQI+ ( ) em prisão civil por dívida. ( ) condenada por crimes contra a dignidade sexual; ( ) outros: _____ ( ) portadora de doença grave infecto- contagiosa;
É pessoa LGBTQI+? ( ) sim ( ) não ( ) não quis responder
Índigena? ( ) sim ( ) não Com laudo antropológico? ( ) sim ( ) não
Quilombola? ( ) sim ( ) não
Recebe Auxílio Reclusão? (Para regime fechado ou semiaberto) ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
Trabalhava com carteira assinada ou contribuía para o INSS antes da prisão ou internação? ( ) sim ( ) não

**COMENTÁRIOS ADICIONAIS:**

--

**2 - DADOS DA UNIDADE**

UNIDADE PRISIONAL/HCT/CASE:
Data da entrevista: ____/____/____
Em abandono social? ( ) sim ( ) não
Está na unidade de custódia/internação correta? (local de regime de cumprimento de pena adequado, proximidade da família, LGBTQI+) ( ) sim ( ) não

**COMENTÁRIOS ADICIONAIS:**

--

**3 - DADOS DA PRISÃO OU INTERNAÇÃO**

Regime atual:(pode existir mais de uma marcação): <input type="checkbox"/> Provisório <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> Saídas Temporária <input type="checkbox"/> Trabalho externo autorizado <input type="checkbox"/> Laudo de Sanidade ou Laudo de Periculosidade <input type="checkbox"/> Não se aplica
Tipo(s) Penal(is): <input type="checkbox"/> Hediondo <input type="checkbox"/> Comum <input type="checkbox"/> Primário <input type="checkbox"/> Reincidente
Ato Infracional:
Especifique os processos criminais/ procedimentos de apuração de ato infracional em andamento:
Data da última Prisão: <input type="checkbox"/> Não se aplica
Tipo de prisão/apreensão: <input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> Temporária <input type="checkbox"/> Sentença Judicial
PAD nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica
Trabalha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estuda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Possui advogado particular constituído? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**COMENTÁRIOS ADICIONAIS:**

--

**4 - CONDIÇÕES PESSOAIS DO PRESO/INTERNADO OU PRESA/INTERNADA NO ESTABELECIMENTO**

INTEGRIDADE FÍSICA Sofre ou sofreu ameaça, abuso ou violência física ou psicológica desde o momento da prisão/apreensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem o praticou: <input type="checkbox"/> outros internos <input type="checkbox"/> agentes do estado Especifique:
Portador de doença sistêmica (hipertensão, diabetes, gastrite, asma), psicológica (depressão, transtornos alimentares) ou deficiência física ou mental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?
Apresenta problemas odontológicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Faz uso de medicação de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?
Recebe os tratamentos médicos que precisa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessita de dieta especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Como relata a alimentação na unidade:
Recebe visita de familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual Frequência?
Recebe visita íntima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Visitas passam por revista vexatória? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PATERNIDADE/MATERNIDADE: Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fez o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não
Está amamentando? ( ) Sim ( ) Não
Filhos menores de 18 ou maiores com deficiência? ( ) Sim ( ) Não Especifique: a) Idades dos filhos:  b) Com quem residem?  c) Qual a deficiência?  d) Estavam sob sua responsabilidade antes da prisão ou apreensão?
Fato penal ou ato infracional ocorreu contra os filhos? ( ) Sim ( ) Não