



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Legenda



os campos assinalados não precisam ser preenchidos, pois serão calculados automaticamente pelo sistema com base em outros campos

### Identificação

**Data da Visita: \***

**Ano de Referência: \***

### Estabelecimento

**Nome do Estabelecimento: \***

**Endereço:**

**Município:**

**UF:**

**CEP:**

**Classificação:**

**Data de Fundação:**

**Telefones c/ DDD:**

**Unidade do Ministério Público: \***

**Estabelecimento destinado a presos do sexo: \***  Ambos  Feminino  Masculino

**Juízo Responsável pelo Estabelecimento: \***

### Administração

**Fonte das Informações:**

### Responsável pelo Estabelecimento

**Responsável pelo Estabelecimento: \***

**Cargo:**

**Área de Formação Profissional:**  Ciências Sociais  Direito  Pedagogia  Psicologia  Serviço Social

Outra

### Responsável pela segurança no estabelecimento

**Responsável pela segurança no estabelecimento: \***

**Cargo:**

**Área de Formação Profissional:**

**Nº Total de Agentes Penitenciários: \***

### Nº de agentes penitenciários efetivos por turno

**Manhã:**

**Tarde:**





**Noite:**


**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

## Capacidade e Ocupação

**Fonte das Informações:**


Celas	Capacidade Homem	Capacidade Mulher	Capacidade Total
Cela Individual *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cela Coletiva *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Celas	Ocupação Homem	Ocupação Mulher	Ocupação Total
Cela Individual *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cela Coletiva *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Capacidade para Homens:**

**Ocupação de Homens:**

**Capacidade para Mulheres:**

**Ocupação de Mulheres:**

**Capacidade Total:**

**Ocupação Atual:**

**N.º de Celas Individuais: \***

**Dimensões das celas individuais  
(m2):**






**N.º de celas  
individuais com mais  
de um preso: \***

**N.º de celas coletivas: \***

**Dimensões das celas coletivas  
(m2):**

**Capacidade de  
presos por cela  
coletiva: \***

**N.º de celas coletivas com  
quantidade de presos superior à  
capacidade:**


Regime/Situação	Capacidade para Homens	Capacidade para Mulheres	Capacidade Total
Fechado *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Semiaberto *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Aberto *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prisão Provisória *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Medida de Segurança *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	


**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

## Capacidade e Ocupação

Regime/Situação	Ocupação de Homens	Ocupação de Mulheres	Ocupação Total
<b>Fechado *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Semiaberto *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Aberto *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Prisão Provisória *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Medida de Segurança *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Prisão Civil *</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Há unidade materno-infantil? \***  Sim  Não

**Capacidade:** 
**Ocupação:** 
**Há enfermaria? \***  Sim  Não

**Capacidade:** 
**Ocupação:**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Perfil dos presos/internos e da população

Fonte das Informações:

N° de presos/internos maiores de 60 anos de idade:

Data mais antiga de prisão:



Motivo:

Há adolescentes no estabelecimento? \*

 Sim  Não

N° de Adolescentes do gênero Masculino:

N° de Adolescentes do gênero

Feminino:

Data mais antiga de ingresso de adolescentes:



Motivo da presença de adolescentes:

Providências adotadas em relação à separação imediata e retirada do(s) adolescente(s):

Há crianças no estabelecimento? \*

 Sim  Não

N° de Crianças:

N° de Crianças Lactentes:

N° de Presas/Internas Gestantes:

N° de presos/internos com Deficiência Física:

Visual:

Auditiva:

Mental:

N° de presos/internos que necessitam de ajuda para realizar as atividades da vida diária(alimentação, locomoção, banho, etc.):

N.º de presos/internos indígenas:

N.º de presos/internos indígenas que não se expressam em português:

A partir de qual elemento o preso/ interno é classificado como indígena?

Nos prontuários dos presos/internos indígenas há referência à etnia, nacionalidade e idioma?

 Sim  Não

Há notificação da Funai quando do ingresso de indígena?

 Sim  Não

N.º de presos/internos estrangeiros:

N.º de presos/internos estrangeiros que não se expressam em português:

**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

## Separações

**Fonte das Informações:****Os presos provisórios são mantidos separados dos presos em cumprimento de pena? \*** Sim  Não**Os presos que cumprem pena em regimes distintos são mantidos separados? \*** Sim  Não**As mulheres são mantidas separadas dos homens? \*** Sim  Não**Os maiores de 60 anos são mantidos separados dos demais? \*** Sim  Não**Os presos primários são mantidos separados dos presos reincidentes? \*** Sim  Não**Os presos são mantidos separados conforme a natureza do delito cometido (periculosidade)? \*** Sim  Não**Os presos são mantidos separados de acordo com a identificação de grupos ou facções criminosas? \*** Sim  Não**Há grupos ou facções criminosas identificados no estabelecimento? \*** Sim  Não**Os presos portadores de doenças infectocontagiosas são mantidos separados dos demais? \*** Sim  Não**Nas celas coletivas, quais são os critérios para alocar os presos que as compartilham? \*****N.º de presos em celas de proteção: \***



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

## Assistência Material

**Fonte das Informações:**

**Há camas para todos os presos? \***  Sim  Não

**Há colchões para todos os presos? \***  Sim  Não

**Há janelas na celas? \***  Sim  Não

**Descrever celas:**

**Há local destinado à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela administração? \***  Sim  Não

**Descrever como é feito o pagamento, controle de preços e destino da receita:**

**Descrever mobília que compõe as celas:**

**Há patronato? \***  Público  Particular  Não

**Descrever sua composição e funcionamento:**

## Roupa de Cama

**É fornecida roupa de cama? \***  Sim  Não

**Periodicidade de lavagem da roupa de cama (em dias):**

**Periodicidade da substituição da roupa de cama (em dias):**

**Há roupa de cama em mau estado de conservação? \***  Sim  Não

## Toalha Banho

**É fornecida toalha de banho? \***  Sim  Não

**Periodicidade de lavagem de toalha de banho(em dias)?**

**Periodicidade da substituição da toalha de banho (em dias)**

**Há toalha de banho em mau estado de conservação?**  Sim  Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

## Vestuário

**É fornecido uniforme aos presos/internos pela unidade? \***  Sim  Não

**Quais?**  Roupas  Calçados

**Descrever(peças e quantidade):**

**Periodicidade de lavagem do uniforme (em dias)?**

**Periodicidade da substituição do vestuário quando fornecido pela unidade (em dias):**

**Há uniforme em mau estado de conservação?**

Sim  Não

## Banho

**É garantido o banho diário?**  Sim  Não

**A água para o banho é aquecida?**  Sim  Não

**Quantas vezes por dia os presos/internos têm acesso ao chuveiro para tomar banho?**

**N.º de presos/internos por chuveiro:**

**Há limitação de acesso ao banho?**  Sim  Não

**Quantas vezes por dia:**

## Sanitários

**Há sanitário e lavatório em todas as celas? \***  Sim  Não

**Descrever:**

**É garantido o acesso às instalações sanitárias no período noturno?**  Sim  Não

**É garantido a qualquer momento o uso da descarga do vaso sanitário?**  Sim  Não

**Há privacidade para uso das instalações sanitárias?**  Sim  Não

**N.º de presos/internos por vaso sanitário:**

**Periodicidade de limpeza das instalações sanitárias (em dias):**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Higiene Pessoal

**É fornecido material de higiene pessoal? \***

Sim  Não

Material de higiene pessoal	Periodicidade de fornecimento(cada X dias)
Sabonete	<input type="text"/>
Papel higiênico	<input type="text"/>
Aparelho de barbear individual	<input type="text"/>
Absorvente íntimo para mulheres	<input type="text"/>
Escova dente individual	<input type="text"/>
Pasta de dentes	<input type="text"/>
Outros	<input type="text"/>

**Os presos têm livre acesso à água para higiene pessoal? \***

Sim  Não

**É feita manutenção regular e é fornecido material de limpeza para higienização das celas? \***

Sim  Não

**Descrever:**





## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Alimentação

**A alimentação é preparada na própria unidade? \***  Sim  Não

**Qual a quantidade de alimentação fornecida por refeição ao preso/interno? (gramas)**

**N.º de refeições diárias:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**Horário:**

**A entrega de refeições é feita quantas vezes ao dia?**

**As refeições são realizadas:**  Dentro das celas  Em refeitório  Outros

**Especificar: \***

**Há controle de qualidade?**  Sim  Não

**Descrever controle:**

**O cardápio é orientado por nutricionista?**  Sim  Não

**As refeições são padronizadas:**  Sim  Não

**Adaptadas por motivos religiosos:**  Sim  Não

**Adaptadas por motivos de saúde:**  Sim  Não

**Há outras formas de fornecimento de alimentos?**  Família  Compra no próprio estabelecimento  Outros

**Os presos deslocados para audiências e outras atividades externas recebem alimentação quando retornam, independentemente do horário?**  Sim  Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Assistência à saúde - Fonte das informações:

**Fonte das Informações:**

**N.º de Médicos Clínicos: \***

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

**N.º de Odontólogos:**

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

**N.º de Psicólogos:**

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

**N.º de Psiquiatras:**

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

**N.º de Enfermeiros:**

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

**N.º de Auxiliares de  
Enfermagem:**

**SUS:**

**Outros:**

**Própria Unidade:**

**Presença:**  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

N.º de Auxiliares de  
Odontologia:

SUS:

Própria Unidade:

Outros:

Presença:  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra

Há farmácia no  
estabelecimento? \*  Sim  Não

É garantida a aplicação de  
vacina aos presos/ internos? \*  Sim  Não

Quais?

Os presos recebem  
medicamento de uso  
contínuo? \*  Sim  Não

Especificar:

Os presos são submetidos a  
exame médico ou pericial antes  
de ingressarem no  
estabelecimento? \*  Sim  Não

Onde é realizado?

N.º de consultorios médicos:

N.º de consultórios psicológicos:

N.º de consultórios odontológicos:

N.º de enfermarias:

N.º de salas de curativo:

N.º de locais para observação  
psiquiátrica e cuidados com  
pessoas com histórico de  
dependência química:

N.º de unidades de isolamento para  
doenças infectocontagiosas:

Há procedimentos específicos para  
troca de roupas de cama e banho e  
uniforme em face de patologias de  
presos?  Sim  Não

É prestado atendimento médico  
emergencial? \*  Sim  Não

De que forma?



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

**Se não houver no estabelecimento condições adequadas para prover a assistência médica, para onde os presos são encaminhados E SE HÁ TRANSPORTE ADEQUADO AS 24 HORAS DO DIA:**

**Quais são as enfermidades mais comuns no estabelecimento?**

**Há no estabelecimento estratégias para atender as patologias mais recorrentes? \***

Sim  Não

**Descrever**

**Quais ações são desenvolvidas para controle e prevenção de AIDS, HIV, DST e outras doenças infectocontagiosas?**

**Há distribuição de preservativos? \***

Sim  Não

**Frequência(dias/mês):**

**Há presos com AIDS ou HIV? \***

Sim  Não

**Quantidade:**

**Há distribuição de AZT ou similares? \***

Sim  Não

**O ambulatório possui prontuários de acompanhamento à saúde dos presos / internos? \***

Sim  Não

**Há arquivo dos atendimentos realizados por todos os profissionais da equipe? \***

Sim  Não

**São realizados atendimentos biopsicossociais de uma forma regular? \***

Sim  Não

**Periodicidade(em dias/mês)**

**São realizados atendimentos específicos a presos com histórico de dependência química? \***

Sim  Não

**Periodicidade(em dias/mês)**

**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

**Os presos/internos têm acesso a médico particular, caso haja a contratação deste profissional por seus familiares? \***

Sim  Não

**Os presos/internos tem acesso a exames médicos necessários? \***

Sim  Não

**É prestado auxílio adequado aos presos/internos portadores de deficiência física e/ou mental e àqueles que necessitam de ajuda para realizar as atividades da vida diária? \***

Sim  Não

**É prestado atendimento pré-natal às presas gestantes? \***

Sim  Não

**Há solário?  Sim  Não**

**Periodicidade do banho de sol (cada X dias):**

**Duração do banho de sol (minutos):**

**Observações gerais sobre as condições da prestação de assistência à saúde (principais dificuldades, espécies de exames não realizados, falta de remédios específicos, etc.)**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Integridade Física dos Presos

N.º de suicídios: \*

N.º de homicídios: \*

N.º de mortes: \*

N.º de presos com ferimentos: \*

N.º de lesões corporais: \*

Houve registro de maus tratos a presos/ internos por servidores? \*  Sim  Não

Descrever

Existe plano de evacuação de emergência? \*  Sim  Não

Descrever

### Assistência Jurídica

Fonte das Informações:

Aos presos/internos carentes é proporcionada assistência jurídica gratuita e permanente? \*  Sim  Não

Onde é realizado o contato entre o preso/interno e o advogado?  Na própria Cella  Em espaço reservado

Especificar: \*

A assistência jurídica é prestada:  Defensoria Pública  Outros

Outros:

A Funai presta assistência jurídica aos presos/internos indígenas? \*  Sim  Não

Há serviço de assistência jurídica no próprio estabelecimento? \*  Sim  Não

A Defensoria Pública da União comparece com qual regularidade? (dias no mês)  Por mês  Por semana  Raramente  Não comparece

A Defensoria Pública do Estado comparece com qual regularidade? (dias no mês)  Por mês  Por semana  Raramente  Não comparece



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

## Assistência Educacional e Recreativa

Fonte das Informações:

Periodicidade das aulas (em dias  
POR SEMANA):

Nº de salas de aula:

Os cursos são  
ministrados por:

Professores do Sistema  
Penitenciário
Professores da rede pública  
de ensino
Presos atuais como  
monitores

Outros

Especificar:\*

Há local adequado para  
aprendizado?

Sim

Não

Há biblioteca no estabelecimento?

Sim

Não

Exemplares:

Acervo:

É garantido o livre acesso à leitura  
a todos os presos?

Sim

Não

Há local destinado às atividades de  
estagiários universitários?

Sim

Não

São desenvolvidas atividades  
culturais e de lazer?

Sim

Não

Há espaços para a prática  
esportiva?

Sim

Não

São desenvolvidas atividades  
esportivas?

Sim

Não

## Vagas

Alfabetização/ N.º de vagas:

Ensino fundamental/ N.º de  
vagas

Ensino médio/N.º de vagas:

Ensino superior/N.º de vagas

Ensino profissionalizante/N.º de  
vagas

Curso a distância/ N.º de vagas

Total de vagas

## Matrículas

Alfabetização/ N.º de presos  
matriculados:

Ensino fundamental/ N.º de  
presos matriculados

Ensino médio/N.º de presos  
matriculados:

Ensino superior/N.º de presos  
matriculados

Ensino profissionalizante/N.º de  
presos matriculados

Curso a distância/ N.º de presos  
matriculados

Total de presos matriculados



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

## Assistência Social

**Fonte das Informações:**

**N.º de atendimentos:**

**N.º de presos/internos atendidos:**

**Há recintos adequados para a atividade de assistência social? \***

Sim  Não

**Descrever as ações de assistência ao egresso desenvolvidas:**

**N.º de documentos (RG, CTPS etc.) providenciados aos presos/internos:**

**N.º de benefícios da Previdência Social providenciados aos presos/internos:**

**N.º de seguros por acidente no trabalho providenciados aos presos:**

**Existe uma equipe de assistentes sociais que acompanha os presos/internos?**

Sim  Não

**N.º de profissionais que compõem a equipe:**

**Periodicidade das visitas (em dias)**

**O serviço de assistência social promove atividades de recreação**

Sim  Não

**Descrever: \***

## Assistência Religiosa

**Fonte das Informações:**

**Há local destinado à realização de cultos religiosos? \***

Sim  Não

**Os presos se ressentem da ausência de alguma representação religiosa?**

Sim  Não

**Descrever, após indagar aos presos:**

**Os presos são obrigados a participar de atividade religiosa?**

Sim  Não

**Há visita de religiosos?**

Sim  Não

**Frequência(em dias):**

**Os presos têm acesso a livros religiosos?**

Sim  Não





## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Trabalho

**Fonte das Informações:**

	Vagas para Homens	Vagas para Mulheres	Total de Vagas
Trabalho Interno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalho Externo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalho Voluntário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Trabalho	Homens Trabalhando	Mulheres Trabalhando	Total Trabalhando
Trabalho Interno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalho Externo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalho Voluntário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Forma de remuneração (formas de pagamento à administração e ao preso):**

**Jornada de Trabalho:**

**Maior remuneração (R\$):**

**Menor remuneração (R\$):**

**Maior jornada de trabalho:**

**Menor jornada de trabalho:**

**Há avaliação das aptidões e capacidades do preso para sua alocação em determinado trabalho? \***

Sim  Não

**Em caso positivo, como essa avaliação é realizada?**

**Há avaliação e estímulo ao crescimento profissional que permita a qualificação ou diversificação do trabalho? \***

Sim  Não

**Em caso positivo, descrever.**

**Os maiores de 60 anos, os doentes e as pessoas com deficiência exercem atividades apropriadas ao seu estado? \***

Sim  Não

**Há oficinas de trabalho no estabelecimento? \***

Sim  Não

**Número**

**As oficinas são administradas:**

Pelo estabelecimento  Em parceria com a iniciativa privada

**Indique as pessoas físicas e jurídicas envolvidas:**

**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

Há registro de acidentes de trabalho? \*  Sim  Não

Número

	Remunerado	Não-Remunerado
Nº Envolvidos Cozinha	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Limpeza	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Serviços Administrativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Biblioteca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Manutenção	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Agricultura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Envolvidos Panificação	<input type="text"/>	<input type="text"/>


**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

Disciplina

Fonte das Informações:

**Há registro de imposição de sanção disciplinar? \***
 Sim  Não

**Qual a forma adotada para o registro?**

**No registro da sanção é anotado o prévio procedimento disciplinar?**
 Sim  Não

**Há sanção disciplinar sem instauração do respectivo procedimento disciplinar?**
 Sim  Não

**Toda notícia de falta disciplinar enseja a instauração de procedimento?**
 Sim  Não

**São executadas sanções coletivas?**
 Sim  Não

**Há cela destinada à aplicação da sanção disciplinar?**
 Sim  Não

**Condições (descrever):**

**Há cela escura aplicada como sanção disciplinar?**
 Sim  Não

**É observado o direito de defesa do preso?**
 Sim  Não

**O ato que determina a aplicação da sanção disciplinar é motivado?**
 Sim  Não

**N.º de presos submetidos a sanção disciplinar:**

**N.º de sanções de isolamento aplicadas:**

**N.º de sanções de isolamento preventivo aplicadas:**

**N.º de presos em regime disciplinar diferenciado (RDD): \***

**N.º de armas de fogo ou instrumentos capazes de ofender a integridade física apreendidos: \***

**N.º de aparelhos de comunicação e/ou acessórios apreendidos: \***

**Houve apreensão de drogas? \***
 Sim  Não

**Quantidade Total (em gramas):**

**Quais?**

**Destino Material Apreendido:**

**N.º de evasões/fugas: \***

**N.º de recapturas (flagrante ou não): \***

**N.º de retornos espontâneos: \***

**N.º de rebeliões: \***

**Houve rebeliões com reféns? \***
 Sim  Não

**Consequências das rebeliões (danos, fugas, etc)**

**Identificação de grupos ou facções no interior do estabelecimento e suas lideranças:**

**Forma de registro das ocorrências no estabelecimento:**

**Servidor(es) responsável(is) pelo registro das ocorrências no estabelecimento:**

**Os presos são cientificados das normas disciplinares no início da execução da pena ou da prisão? \***
 Sim  Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Visitas

**Fonte das Informações:**

**Há registro de visita social e íntima?**

Sim  Não

### Visitação Social

**É garantida a visitação social? \***

Sim  Não

**Duração da visitação social (minutos):**

**Periodicidade da visitação social (em dias/semana):**

**Há local destinado à visitação social?**

Sim  Não

**Especificar**

**O recebimento de visitas sociais é regulamentado?**

Sim  Não

**Especificar**

**É permitida a visita social de criança e adolescente?**

Sim  Não  Somente com autorização judicial

### Visita Íntima

**É garantida a visitação íntima? \***

Sim  Não

**Duração da visitação íntima (minutos):**

**Periodicidade da visitação íntima (em dias/semana):**

**Há local destinado à visitação íntima?**

Sim  Não

**Especificar**

**O recebimento de visitas íntimas é regulamentado?**

Sim  Não

**Especificar**

**É exigida autorização judicial para a visita íntima de adolescente?**

Sim  Não

**Em quais casos?**

**Há fornecimento de preservativo para revista íntima? \***

Sim  Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

### Revista

**Descrever procedimentos de revista:**

**Revista:**

	Revistado
Adultos Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adultos Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Crianças	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

### Revista Íntima

**Há registro do nome do visitante submetido à revista íntima?**

Sim  Não

**A revista íntima é realizada por agentes do mesmo sexo?**

Sim  Não

**A revista íntima em criança e adolescente é autorizada judicialmente?**

Sim  Não

**A revista íntima em criança e adolescente é acompanhada por responsável?**

Sim  Não

**A revista íntima é realizada por:**

Profissional de Saúde  Servidor

**Revista Íntima Agachamento:**

	Agachamento
Adultos Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adultos Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Crianças	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**Revista Íntima Despimento:**

	Despimento
Adultos Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adultos Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Crianças	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Revista Eletrônica

**Revista Eletrônica:**

	Eletrônica
Adultos Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adultos Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Crianças	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Homens	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Adolescente Mulheres	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Visitantes

**É permitido que o visitante leve comida aos presos/ internos?**  Sim  Não

**É permitido que o visitante leve vestuário aos presos/internos?**  Sim  Não

**É permitido que o visitante leve objetos (de uso pessoal) aos presos/internos?**  Sim  Não

**Quais?**


Medidas de Segurança

**Fonte das Informações:**

**N.º de internações:**

**N.º de internos submetidos a tratamento ambulatorial:**


**Verificada alguma cessação da periculosidade sem a correspondente desinternação ou liberação?**  Sim  Não

**N.º de perícias com prazo vencido:**


**Há falta de medicação controlada?**  Sim  Não

**Especifique:**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Diversos

**Fonte das Informações:**

**É garantido o acesso a meios de informação?**

Sim  Não

**Detalhar:**

**Data da última visita do Ministério Público:**

**Data da última visita judicial:**

**Data da última visita da Ordem dos Advogados do Brasil:**

Não consta registro no estabelecimento.

**Data da última visita da Defensoria Pública Estadual:**

Não consta registro no estabelecimento.

**Data da última visita da Defensoria Pública da União:**

Não consta registro no estabelecimento.

**Data da última visita do Conselho da Comunidade:**

Não consta registro no estabelecimento.

**Data da última visita do Conselho Penitenciário:**

**Data da última visita de outros órgãos/instituições:**

Não consta registro no estabelecimento.

**Principais reclamações dos presos/internos:**

**Há algum projeto (boa prática) que deva ser identificado?**

Sim  Não

**Descrever**

**É possibilitada aos presos audiência especial com o diretor do estabelecimento?**

Sim  Não

**Motivo**

**É permitido o envio e o recebimento de correspondência escrita externa?**

Sim  Não

**Detalhar**

**Há possibilidade de os presos/internos fazerem ligações telefônicas?**

Sim  Não

**Em quais condições podem os presos/ internos fazerem ligações?**

**Os presos recebem, anualmente o atestado de pena a cumprir?**

Sim  Não

**É garantido aos presos provisórios o exercício do direito de voto?**

Sim  Não



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Há alistamento, transferência e  
revisão eleitoral de presos  
provisórios?

Sim  Não

Motivo

É garantido o acesso do preso  
provisório ao local de votação?

Sim  Não

No momento de ingresso, há  
explicações sobre o funcionamento  
do estabelecimento?

Sim  Não

No momento de ingresso, há  
explicações sobre direitos e  
deveres do interno/preso?

Sim  Não

As comunicações e demais atos  
oficiais provenientes do  
Judiciário e do Ministério do  
Público são encaminhados de  
que forma ao preso?

O oficial de Justiça tem acesso  
direto ao preso para intimação,  
comunicação etc?

Sim  Não

O tempo diário dos presos/  
internos é devidamente dividido e  
organizado?

Sim  Não

**Tempo Diário:**

Dentro da Cella	Quantidade de Horas
Sono	<input type="text"/>
Descanso	<input type="text"/>
Alimentação	<input type="text"/>
Outras Atividades	<input type="text"/>
Fora da Cella	Quantidade de Horas
Banho de Sol	<input type="text"/>
Recreação	<input type="text"/>
Alimentação	<input type="text"/>
Prática Esportiva	<input type="text"/>
Estudo	<input type="text"/>
Trabalho	<input type="text"/>
Outras Atividades	<input type="text"/>




**Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento  
Prisional**

versao 2.0

## Avaliação Presencial

**Estrutura Predial: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Iluminação das celas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Insolação das celas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Aeração das celas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Temperatura nas celas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Instalações hidráulicas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Instalações elétricas: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Instalações sanitárias: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Instalações de saúde: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Limpeza em geral: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Cozinha: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Oficinas de trabalho: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Segurança: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Cela para isolamento: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Alojamento dos Agentes: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Local de visitação social: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Local de visitação íntima: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Vestuário, quando fornecido: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Alimentação: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Roupas de cama: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**Toalhas de banho: \***  Ótimo (10-9)  Bom (8-7)  Regular (6-4)  Ruim (3-0)  Não Avaliado

**O membro confirma que esteve  
presencialmente nos locais  
avaliados?**  Sim  Não

**Motivos e observações:**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Organização Administrativa

**Fonte das Informações:**

**A segurança interna é realizada por:**

Policia Civil/Federal  Policia Militar  Agente de Segurança  Outro(s)

**Outros:**

**A segurança externa é realizada por:**

Policia Civil/Federal  Policia Militar  Agente de Segurança  Outro(s)

**Outros:**

**A escolta externa é realizada por:**

Policia Civil/Federal  Policia Militar  Agente de Segurança  Outro(s)

**Outros:**

**N.º total de funcionários na área de segurança:**

**Escala de trabalho do pessoal de segurança(horas):**

**N.º de agentes efetivos por turno/ Manhã:**

**N.º de agentes efetivos por turno/ Tarde:**

**N.º de agentes efetivos por turno/ Noite:**

**Há utilização de uniforme pelo pessoal da segurança?**

Sim  Não

**Os agentes têm acesso a equipamentos de segurança, tais como rádio, alarme e outros?**

Sim  Não

**Há alojamentos para os agentes?**

Sim  Não

**O treinamento dos agentes é realizado por:**

Curso de Formação  Cursos Especiais  Não é Feito

**Entidade executora:**

**Periodicidade (em dias/ mes):**

**Quantos agentes concluíram curso de reciclagem?**

**Há escola penitenciária?**

Sim  Não

**Os agentes tem porte de arma de fogo?**

Sim  Não

**Há agentes/ policiais presos?**

Sim  Não

**Nº:**

**Os agentes/ policiais presos ficam separados dos demais presos?**

Sim  Não

**Total de funcionários na área de limpeza e manutenção:**

**Há terceirização de pessoal?**

Total  Parcial  Não há

**Serviços prestados pelo pessoal terceirizado:**

**Há pessoal não técnico do sexo masculino no estabelecimento para mulheres?**

Sim  Não

**Há alimentação dos seguintes sistemas informatizados:**

Infoseg  Infopen  Outros



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Classificação dos Condenados

**Fonte das Informações:**

**Existe Comissão Técnica de  
Classificação dos Condenados?**

Sim  Não

**Composição da comissão:**



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

Considerações Gerais

### Consideração



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

Providências Adotadas

### Providências



## Formulário de Inspeção Anual de Estabelecimento Prisional

O presente formulário vigora a partir de março de 2013 e serve de auxílio material para realização da inspeção pelo membro do Ministério Público.

Os dados colhidos devem ser incluídos no SIP-MP (Sistema de Inspeção Prisional do Ministério Público) disponível no site do Conselho Nacional do Ministério Público.

Com isso, a partir de março de 2013, não deverão ser utilizadas as antigas versões PDF e tampouco será necessário o envio de formulários por email, bastando o uso do SIP-MP.

No caso de dúvidas, o CNMP disponibiliza em seu site o inteiro teor da Resolução nº 56, manual do usuário, instruções de preenchimento e dúvidas freqüentes.

Caso persistam dúvidas ou dificuldades técnicas, favor entrar em contato pelo telefone (61) 33669194 e pelo email [res56@cnmp.gov.br](mailto:res56@cnmp.gov.br).