



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versão 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: *

Período 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 Mensal 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 Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Capacidade e Ocupação

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

versao 2.0

Perfil dos presos/internos e da população

Fonte das Informações:

Nº de presos/internos maiores de 60 anos de idade:

Há adolescentes no estabelecimento? *

 Sim Não

Nº de Adolescentes

Data mais antiga de ingresso de adolescentes:



Motivo da presença de adolescentes:

Adolescente com maior tempo de permanência(em dias):

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

Há crianças no estabelecimento? *

 Sim Não

Nº de Crianças:

Nº de Crianças Lactentes:

Nº de Presas/Internas Gestantes:

Nº de presos/internos com Deficiência Física:

Visual:

Auditiva:

Mental:

N.º de presos/internos indígenas:

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

N.º de presos/internos estrangeiros:

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

**Formulário de Inspeção Mensal 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**N.º de presos em celas de proteção: ***



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Assistência Material

Fonte das Informações: Há camas para todos os presos? * Sim NãoHá colchões para todos os presos? * Sim Não

Roupa de Cama

É fornecida roupa de cama? * Sim NãoPeriodicidade de lavagem 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 NãoPeriodicidade de lavagem de toalha de banho(em dias)? Há toalha de banho em mau estado de conservação? * Sim Não

Vestuário

É fornecido uniforme aos presos/internos pela unidade? * Sim NãoPeriodicidade de lavagem do uniforme (em dias)? Há uniforme em mau estado de conservação? * Sim Não

Banho

A água para o banho é aquecida? Sim NãoQuantas 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

Sanitários

N.º de presos/internos por vaso sanitário: Periodicidade de limpeza das instalações sanitárias (em dias):

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"/> |
| Outros | <input type="text"/> |

Alimentação

N.º de refeições diárias: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: Horário: O cardápio é orientado por nutricionista? Sim NãoAs refeições são padronizadas: Sim NãoAdaptadas por motivos religiosos: Sim NãoAdaptadas por motivos de saúde: Sim Não



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Assistência à saúde - Fonte das informações:

Fonte das Informações:

N.º de Médicos Clínicos: *

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra

N.º de Odontólogos:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra

N.º de Psicólogos:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra

N.º de Psiquiatras:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra

N.º de Enfermeiros:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra
N.º de Auxiliares de
Enfermagem:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra
N.º de Auxiliares de
Odontologia:

Presença:

 Diária Semanal Quinzenal Outra

Há farmácia no estabelecimento? *

 Sim Não

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:

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?

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 Mensal de Estabelecimento Prisional

versão 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/interos 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 Defensoria Pública da União comparece com qual regularidade? (dias)

Por mês Por semana Menos de uma vez por mês

A Defensoria Pública do Estado comparece com qual regularidade? (dias)

Por mês Por semana Menos de uma vez por mês



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Assistência Educacional e Recreativa

Fonte das Informações:

N.º de vagas para ensino: *

N.º de presos matriculados:

**Periodicidade das aulas (em dias
POR SEMANA):**

Há biblioteca no estabelecimento?

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

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:**


**Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento
Prisional**

versao 2.0

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 a presos:

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

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 Remunerado | <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 Remunerado | <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:


**Formulário de Inspeção Mensal 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 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 suicídios: *

N.º de homicídios: *

N.º de mortes: *

N.º de presos com ferimentos: *

N.º de lesões corporais: *

N.º de evasões/fugas: *

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

N.º de retornos espontâneos: *

N.º de rebeliões: *

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:



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Visitas

Fonte das Informações:

Visitação Social

É garantida a visitação social? * Sim Não

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

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

Visita Íntima

É garantida a visitação íntima? * Sim Não

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

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

**Há fornecimento de
preservativo? *** Sim Não

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 Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Diversos

Fonte das Informações:

Há alimentação dos seguintes sistemas informatizados:

Infoseg Infopen Outros

Especifique:

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.

Quais órgãos/instituições

Principais reclamações dos presos/internos:



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

versao 2.0

Avaliação

- 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



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

Considerações Gerais

Consideração



Formulário de Inspeção Mensal de Estabelecimento Prisional

Providências Adotadas

Providências



Formulário de Inspeção Mensal 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 frequentes.

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