



## ANEXO II - RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL - ENTREVISTA COM AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Data da inspeção: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Unidade prisional: \_\_\_\_\_

Equipe de inspeção (nome e cargo):

---

---

---

### I. Gerenciamento da população prisional

Há separação entre PPLs provisórios e sentenciados? ( ) Sim ( ) Não

Há separação entre PPLs que cumprem regime fechado e semiaberto? ( ) Sim ( ) Não

Há separação entre PPLs primários e reincidentes? ( ) Sim ( ) Não

Há separação de PPLs quanto a natureza do delito? ( ) Sim ( ) Não

Há identificação de facção(ões) criminosa(s) na unidade? Se sim, qual(is)?

---

---

Há separação de PPLs com doenças infectocontagiosas dos demais?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, em quais casos?

---

---



Qual o tempo de banho de sol por dia para os seguintes setores?

Convívio: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_

Isolamento: \_\_\_\_\_

Inclusão: \_\_\_\_\_

Qual o horário de tranca para os seguintes setores?

Convívio: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_

Isolamento: \_\_\_\_\_

Inclusão: \_\_\_\_\_

É permitida a saída de PPL em caso de velório de familiar?

Sim    Não    Não sabe

## II. Instalações

### Setor de convívio

Há camas para todos?    Sim    Não

Há colchões para todos?    Sim    Não

Nº de PPLs por cela: \_\_\_\_\_

Nº de camas por cela: \_\_\_\_\_

Onde são feitas as refeições? \_\_\_\_\_

Há espaço para prática de esportes?

Sim, pátio de sol    Sim, outro    Não

Há sanitário nas celas?

Sim, porcelana

Sim, bacia turca

Não, como tem acesso: \_\_\_\_\_



Há racionamento de água?

Sim, período: \_\_\_\_\_  Não  Às vezes

Há água aquecida para banho?

Sim  Sim, mas somente se a família  
fornecer chuveiro elétrico  Somente algumas  
celas  Não

### Setor de seguro

Há camas para todos?  Sim  Não

Há colchões para todos?  Sim  Não

Nº de PPLs por cela: \_\_\_\_\_

Nº de camas por cela: \_\_\_\_\_

Onde são feitas as refeições? \_\_\_\_\_

Há espaço para prática de esportes?

Sim, pátio de sol  Sim, outro  Não

Há sanitário nas celas?

Sim, porcelana

Sim, bacia turca

Não, como tem acesso: \_\_\_\_\_

---

Há racionamento de água?

Sim, período: \_\_\_\_\_  Não  Às vezes

Há água aquecida para banho?

Sim  Sim, mas somente se a família  
fornecer chuveiro elétrico  Somente algumas  
celas  Não



### Setor de isolamento

Há camas para todos?       Sim       Não

Há colchões para todos?       Sim       Não

Nº de PPLs por cela: \_\_\_\_\_

Nº de camas por cela: \_\_\_\_\_

Onde são feitas as refeições? \_\_\_\_\_

Há espaço para prática de esportes?

Sim, pátio de sol       Sim, outro       Não

Há sanitário nas celas?

Sim, porcelana

Sim, bacia turca

Não, como tem acesso: \_\_\_\_\_

Há racionamento de água?

Sim, período: \_\_\_\_\_       Não       Às vezes

Há água aquecida para banho?

Sim       Sim, mas somente se a família       Somente algumas       Não  
fornecer chuveiro elétrico      celas

### Setor de inclusão (trabalho)

Há camas para todos?       Sim       Não

Há colchões para todos?       Sim       Não

Nº de PPLs por cela: \_\_\_\_\_

Nº de camas por cela: \_\_\_\_\_

Onde são feitas as refeições? \_\_\_\_\_



Há espaço para prática de esportes?

Sim, pátio de sol     Sim, outro     Não

Há sanitário nas celas?

Sim, porcelana

Sim, bacia turca

Não, como tem acesso: \_\_\_\_\_

Há racionamento de água?

Sim, período: \_\_\_\_\_     Não     Às vezes

Há água aquecida para banho?

Sim     Sim, mas somente se a família     Somente algumas     Não  
fornecer chuveiro elétrico    celas

### III. Higiene

Qual a quantidade fornecida dos itens abaixo por pessoa

	Convívio	Seguro	Isolamento	Inclusão
Sabonete				
Papel higiênico				
Aparelho de barbear				
Pasta dental				
Escova de dente				
Absorvente íntimo				

Qual a periodicidade de reposição dos itens de higiene? \_\_\_\_\_

Quais materiais de limpeza são fornecidos?



Qual a periodicidade de reposição dos materiais de limpeza? \_\_\_\_\_

Há registro de reposição dos itens de limpeza e higiene?

Sim     Não     Não sabe

Como é feita a limpeza das celas e áreas comuns?

---

---

A quantidade de itens do kit higiene é avaliada como:

Suficiente     Insuficiente

A qualidade dos itens do kit higiene é avaliada como:

Boa     Regular     Ruim

Comentários:

---

---

---

#### **IV. Alimentação**

Nº de refeições por dia: \_\_\_\_\_ Horário das refeições: \_\_\_\_\_

A quantidade da comida é avaliada como:

Suficiente     Insuficiente

A qualidade da comida é avaliada como:

Boa     Regular     Ruim

É permitida a entrada de alimentos na sacola?

Sim     Sim, porém os itens permitidos são insuficientes     Não

É permitida a entrada de alimentos durante as visitas?



Sim     Sim, porém os itens permitidos são insuficientes     Não

Já houve entrega de alimentação estragada ou contaminada? Em caso positivo, informe as medidas que foram adotadas pela unidade.

---

---

---

### V. Vestuário

Informe quais itens são fornecidos pela administração aos PPLs:

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Camiseta      | <input type="checkbox"/> Bermuda      | <input type="checkbox"/> Calça           |
| <input type="checkbox"/> Blusa de frio | <input type="checkbox"/> Chinelo      | <input type="checkbox"/> Lençol          |
| <input type="checkbox"/> Toalha        | <input type="checkbox"/> Roupa íntima | <input type="checkbox"/> Caneca e talher |

Qual a quantidade fornecida de cada um dos itens?

---

---

Há reposição do vestuário? Se sim, informe a periodicidade.

---

---

É permitido o envio de roupas pela família?

- Não     Sim, quais?

O vestuário fornecido é suficiente para para a variação de temperatura ao longo do ano?

- Sim     Não



## VI. Saúde

Há atendimento médico dentro da unidade? Em caso positivo, descreva como é o atendimento e a triagem.

---

---

---

Como avalia o atendimento de saúde:

Bom    Regular    Ruim

Há atendimento de saúde externo?

Sim    Não    Somente emergências

Há atendimento psicológico?

Sim, por profissional da unidade    Sim, por outro profissional    Não

Há atendimento odontológico?

Sim, por profissional da unidade    Sim, por outro profissional    Não

Há tratamento para dependentes de drogas e álcool?

Sim, por profissional da unidade    Sim, pelo CAPS ou AA    Não

É realizado teste rápido para identificação das seguintes doenças no momento do ingresso do PPL?

Tuberculose    HIV/AIDS    Sífilis  
 Hepatite       Não é feito

Outros: \_\_\_\_\_





## VII. Educação

Quais atividades educacionais existem nesta unidade?

- Não há                       Ensino regular                       Ensino profissionalizante  
 Remição por leitura                       Outros cursos:

Por quem são ministradas? \_\_\_\_\_

---

Como avalia a qualidade das atividades educacionais?

- Bom     Regular     Ruim

## VIII. Trabalho

Há atividades de trabalho na unidade? Se sim, informe quais.

---

---

---

Os dias trabalhados estão sendo computados como remição?

- Sim     Não     Não sabe

Há remuneração pelo trabalho?

- Sim     Não     Não sabe

Já ocorreram acidentes de trabalho?

- Sim     Não     Não sabe



## IX. Esporte e Cultura

Há prática de esportes na unidade? Em caso positivo, informe como e onde é realizada.

---

---

Quais atividades culturais existem na unidade?

- Não há                       Artesanato                       Televisão  
 Rádio                       Livros                       Atividades religiosas  
 Outras:

## X. Serviço Social

Há assistente social na unidade?

- Sim, da unidade     Sim, do Conselho da Comunidade     Não     Não sabe

Como avalia o atendimento do serviço social?

- Bom     Regular     Ruim

## XI. Disciplina

Há conselho disciplinar na unidade para apurar as faltas disciplinares?

- Sim     Não     Não sabe

Há advogado/defensor público para defesa nas sindicâncias de apuração de falta disciplinar?

- Sim     Não     Não sabe

Houve rebelião na unidade nos últimos 3 anos?

- Sim     Não     Não sabe

Houve suicídio na unidade nos últimos 2 anos?

- Sim     Não     Não sabe

Tem conhecimento de ocorrência de morte de interno(s) na unidade? Se sim, informe a causa da(s) morte(s).



**DPE PR**  
DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DO PARANÁ



**NUPEP**  
NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL  
E EXECUÇÃO PENAL

---

---

---

Tem conhecimento de agressão ou maus-tratos contra interno(s) por policial penal? Se sim, relate.

---

---

---

Identificação do(s) agressor(es):

---

---

Vítima(s) de agressão e/ou maus tratos:

---

---

Tem conhecimento da ocorrência de alguma forma de punição coletiva?

- Não       spray de pimenta       banho de sol  
 visita       sacola       outros:

Há atuação de grupos de atuação tática na unidade?

- Não       Sim, SOE       Sim, GSI       Sim, outro:

Data do último procedimento: \_\_\_\_\_

Há violação de direitos das PPLs pelos grupos de atuação tática? Em caso positivo,



descreva:

---

---

---

## XII. Visita

Qual a periodicidade das visitas?

Não há     Mensal     Semanal     Outra:

Qual o horário das visitas? \_\_\_\_\_

Há visita virtual?  Sim  Não  Não sabe

Há visita íntima?  Sim  Não  Não sabe

Há visita íntima homossexual?  Sim  Não  Não sabe

Há procedimento para suspensão de credencial de visita?  Sim  Não  Não sabe

Como é feita a revista de visitantes?

---

---

Tem conhecimento de violações dos direitos de visitantes por servidores ou funcionários?

Se sim, relate:

---

---

---