



**DPE PR**

DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DO PARANÁ

Conselho Superior



## DELIBERAÇÃO CSDP Nº 035, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2023

*Altera o art. 14 da Deliberação CSDP nº 013/2023 e seus anexos*

O CONSELHO SUPERIOR DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições,

**CONSIDERANDO** a norma do artigo 4º, incisos X e XVII, da Lei Complementar Federal nº 80/94;

**CONSIDERANDO** a norma do artigo 108, parágrafo único, inciso IV, da Lei Complementar Federal nº 80/94;

**CONSIDERANDO** a norma do *caput* do artigo 81 da Lei 7.210/1984;

**CONSIDERANDO** as normas do artigo 81-A, inciso V, da Lei 7.210/1984;

**CONSIDERANDO** a Nota Técnica do CONDEGE que tratou da normativa para realização de inspeções de monitoramento das condições materiais de aprisionamento nos estabelecimentos destinados à privação da liberdade de adultos por todas as Defensorias Públicas Estaduais;

**CONSIDERANDO** o contido no Protocolo nº 20.599.460-2 e o deliberado na 8ª Reunião Ordinária de 2023,

### DELIBERA

**Art. 1º.** É revogado o §2º do artigo 14 da Deliberação CSDP 013/2023.

**Art. 2º.** Os Anexos da Deliberação CSDP 013/2023 são substituídos pelos Anexos desta Deliberação.

**Art. 3º.** Esta Deliberação entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

**ANDRÉ RIBEIRO GIAMBERARDINO**

Presidente do Conselho Superior da Defensoria Pública do Paraná

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ



## ANEXO I - TERMO DE ENTREGA

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do RG  
número \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de  
\_\_\_\_\_ da Unidade Prisional \_\_\_\_\_,

informo que na data de hoje (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_), recebi em mãos o relatório de inspeção para  
preencher e encaminhar para o NUPEP no e-mail indicado no rodapé deste documento **no**  
**prazo de 10 (dez) dias.**

Havendo presos dos seguintes perfis, me comprometo ainda a encaminhar no mesmo  
prazo as listas com os nomes, número do prontuário e dados relacionados (ex.: idade, tipo  
de deficiência, nacionalidade e tipo de doença).

*Perfis:* Presos idosos, com deficiências físicas, indígenas, estrangeiros, transexuais e  
travestis, portadores de doenças infectocontagiosas, com medida de segurança pendente de  
exame e em situação asilar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## 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) criminoso(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  Somente algumas  Não  
fornecer chuveiro elétrico celas

### 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  Somente algumas  Não  
fornecer chuveiro elétrico celas

**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ**  
**NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL E DA EXECUÇÃO PENAL (NUPEP)**

Rua Benjamin Lins, 779 - Batel, 80420-100 - Curitiba - PR. E-mail: nupep@defensoria.pr.def.br



### 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





---

---

---

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:

---

---

---



## ANEXO III - RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL - OBSERVAÇÃO DIRETA DA EQUIPE

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

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

Equipe de inspeção (nome e cargo):

---

---

Avaliação do estado dos colchões: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Avaliação do estado dos cobertores: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Avaliação sobre a quantidade de camas: ( ) Suficiente ( ) Insuficiente

Há farmácia ou dispensário de medicamentos? ( ) Sim, farmácia ( ) Sim, dispensário ( )

Não

Há ambulatório médico? ( ) Sim, nº de leitos: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Há celas modulares (shelters)? ( ) Sim, nº de celas: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Há circuito de câmeras de segurança? ( ) Sim ( ) Não

Observações:

---

---

Avaliação sobre a iluminação:

Convívio: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Seguro: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Isolamento: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Trabalho: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Há iluminação natural? ( ) Sim ( ) Não

Há iluminação artificial no interior das celas? ( ) Sim ( ) Não



Observações:

---

---

Avaliação sobre a ventilação:

Convívio: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Seguro: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Isolamento: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Trabalho: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Há exasutores? ( ) Sim, em todos os espaços ( ) Sim, em alguns espaços ( ) Não

Observações:

---

---

Avaliação sobre a temperatura:

Convívio: ( ) Muito quente ( ) Amena ( ) Muito frio

Seguro: ( ) Muito quente ( ) Amena ( ) Muito frio

Isolamento: ( ) Muito quente ( ) Amena ( ) Muito frio

Trabalho: ( ) Muito quente ( ) Amena ( ) Muito frio

Temperatura no dia da inspeção: \_\_\_\_\_

Há sinais de umidade nas celas? ( ) Sim ( ) Não

Há revestimento nas áreas úmidas? ( ) Sim ( ) Não

Observações:

---

---

Há pátio de sol? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---



Há espaço destinado a realização de visitas? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há espaço para visita íntima? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há espaço para atividades educacionais e/ou profissionalizantes? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há assistente social na unidade? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há equipe de serviço social? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há médico na unidade? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---

Há equipe de saúde? ( ) Sim ( ) Não Breve descrição:

---

---







## ANEXO IV - RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL - DIREÇÃO/GESTÃO\*

O Núcleo da Política Criminal e da Execução Penal – NUPEP da Defensoria Pública do Estado do Paraná vem, nos termos do art. 128, X da LC nº 80/94 e art. 156, XIII da LCE nº 136/11, requisitar que as informações solicitadas por meio deste questionário sejam respondidas e encaminhadas para o e-mail [nupep@defensoria.pr.def.br](mailto:nupep@defensoria.pr.def.br), no prazo de 10 (dez) dias.

Este formulário foi preenchido por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

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

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

Equipe de inspeção (nome e cargo):

---

---

---

### I. Identificação do estabelecimento

Estabelecimento de custódia: ( ) provisória ( ) definitiva

Destinado à custódia de pessoas do sexo:

( ) masculino

( ) feminino

( ) mista

( ) outros: \_\_\_\_\_

Juízo responsável pelo

estabelecimento: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Defensor(a) Público(a)

responsável: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ**  
**NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL E DA EXECUÇÃO PENAL (NUPEP)**

Rua Benjamin Lins, 779 - Batel, 80420-100 - Curitiba - PR. E-mail: [nupep@defensoria.pr.def.br](mailto:nupep@defensoria.pr.def.br)



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



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



## II. Administração

Responsável pelo estabelecimento: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome do(a) chefe de segurança: \_\_\_\_\_

Nº de policiais penais lotados na unidade: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de monitores de ressocialização: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de assistentes sociais: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de enfermeiros(as): \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de técnicos(as) de enfermagem: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de psicólogos(as): \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de médicos(as): \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de dentistas: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de pedagogos(as): \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de policiais penais em serviço no dia da inspeção: \_\_\_\_\_

## III. Lotação do estabelecimento

Capacidade total da unidade: \_\_\_\_\_

**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ**  
**NÚCLEO DA POLÍTICA CRIMINAL E DA EXECUÇÃO PENAL (NUPEP)**  
Rua Benjamin Lins, 779 - Batel, 80420-100 - Curitiba - PR. E-mail: nupep@defensoria.pr.def.br



Nº atual de PPLs<sup>1</sup> na unidade: \_\_\_\_\_

### Setor de convívio

Nº de galerias: \_\_\_\_\_

Nº de cubículos neste setor: \_\_\_\_\_

Capacidade total de cada cubículo: \_\_\_\_\_

Capacidade total do setor de convívio: \_\_\_\_\_

Nº de PPLs no setor de convívio: \_\_\_\_\_

### Setor de seguro

( ) Não há

Nº de cubículos neste setor: \_\_\_\_\_

Capacidade total de cada cubículo: \_\_\_\_\_

Capacidade total do setor de seguro: \_\_\_\_\_

Nº de PPLs no setor de seguro: \_\_\_\_\_

### Setor de disciplina (isolamento)

( ) Não há

Nº de cubículos neste setor: \_\_\_\_\_

Capacidade total de cada cubículo: \_\_\_\_\_

Capacidade total do setor de disciplina: \_\_\_\_\_

Nº de PPLs no setor de disciplina: \_\_\_\_\_

### Setor de inclusão (trabalho)

( ) Não há

Nº de cubículos neste setor: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pessoas privadas de liberdade



Capacidade total de cada cubículo: \_\_\_\_\_

Capacidade total do setor de inclusão: \_\_\_\_\_

Nº de PPLs no setor de inclusão: \_\_\_\_\_

#### IV. Perfil da população prisional

Nº de pessoas aguardando vaga no CMP: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de pessoas em regime semiaberto suspenso: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de PPLs com mais de 60 anos de idade: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de crianças: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de gestantes: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de pessoas com deficiência: ( ) física ( ) intelectual  
( ) auditiva ( ) visual  
( ) Não há

Nº de PPLs indígenas: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de estrangeiros: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Nº de PPLs do público LGBTQIA+: \_\_\_\_\_ ( ) Não há

Há registro de etnia nos prontuários? ( ) Sim ( ) Não

Há registro de nacionalidade nos  
prontuários? ( ) Sim ( ) Não



Há registro de identidade de gênero e/ou orientação sexual nos prontuários?  Sim  Não

É feita notificação à FUNAI quando do ingresso de pessoa indígena?  Sim  Não  Nunca aconteceu

Há galeria ou cubículo separado para pessoas LGBTQIA+?  Sim  Não

## V. 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

É feita escolta para audiências? ( ) Sim ( ) Não

É feita escolta para atendimento de saúde externo? ( ) Sim ( ) Não

Indique o(a) responsável pelas escoltas em cada caso:

---

---

Há dificuldade de obtenção de escolta em algum caso? Se sim, indique em qual(ais) hipótese(s).

---

---



## VI. Instalações

Ano de construção da unidade: \_\_\_\_\_

Há laudo de visita de vistoria pela Defesa Civil? ( ) Sim ( ) Não Data da última visita: \_\_\_\_\_

Há laudo de vistoria da Vigilância Sanitária? ( ) Sim ( ) Não Data da última visita: \_\_\_\_\_

Há projeto técnico aprovado junto ao Corpo de Bombeiros? ( ) Sim ( ) Não Data da última visita: \_\_\_\_\_

Há camas suficientes para todas as PPLs? ( ) Sim ( ) Não  
Nº de camas: \_\_\_\_\_

Há colchões suficientes para todas as PPLs? ( ) Sim ( ) Não

Há farmácia ou dispensário de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não

Há ambulatório médico? ( ) Sim ( ) Não

Nº de leitos: \_\_\_\_\_

Há espaço para prática de esportes? ( ) Sim ( ) Não

Há unidade materno-infantil? ( ) Sim ( ) Não

Há pátio de sol? ( ) Sim ( ) Não

Nº de pátios: \_\_\_\_\_

Há espaço para realização de visitas? ( ) Sim ( ) Não

Há espaço para realização de visita íntima? ( ) Sim ( ) Não

Há sanitário nas celas? ( ) Sim ( ) Não

Há água aquecida para banho? ( ) Sim ( ) Não

Há racionamento de água? ( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo informe o motivo:

---



## VII. Higiene

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

Há registro da reposição? \_\_\_\_\_

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

Há registro da reposição? \_\_\_\_\_

Caso o fornecimento dos itens de higiene e/ou materiais de limpeza não esteja ocorrendo regularmente, indique o(s) motivo(s) e providência(s) adotada(s):

---

---

---

Descreva como é feita e a frequência da limpeza das celas e áreas comuns da unidade:

---

---

---

Indique a quantidade fornecida de cada item a seguir por pessoa:

- ( ) Sabonete                      ( ) Papel higiênico                      ( ) Pasta dental  
( ) Aparelho de barbear                      ( ) Escova de dentes                      ( ) Absorvente íntimo

## VIII. Alimentação

Onde é preparada a alimentação fornecida aos PPLs? \_\_\_\_\_

Em caso de alimentação fornecida por empresa terceirizada, indique o nome da empresa:

---



A alimentação fornecida passa por orientação de nutricionista?

( ) Sim, Nome do(a) nutricionista: \_\_\_\_\_

( ) Não

Nº de refeições ao dia: \_\_\_\_\_

Horário de entrega das refeições: \_\_\_\_\_

Há controle de qualidade da alimentação? Se sim, informe como é feita:

---

---

Como a direção/gestão avalia a qualidade da alimentação fornecida?

( ) boa                      ( ) regular                      ( ) ruim

Já houve entrega de alimentação pela empresa fora dos padrões contratados? Se sim, informe as medidas adotadas pela direção/gestão e pela empresa.

---

---

---

---

## IX. Saúde

O atendimento de saúde aos PPLs é prestado por:

- ( ) equipe de saúde da unidade prisional  
( ) equipe de saúde paga pelo Conselho da Comunidade  
( ) equipe de saúde do município  
( ) equipe de saúde do município credenciada ao PNAISP  
( ) outro, indique: \_\_\_\_\_

Qual a frequência do atendimento médico na unidade? \_\_\_\_\_



Há unidade de saúde de referência para o atendimento da população da unidade prisional?

Se sim, indique qual.

---

Quantos e quais profissionais de saúde prestam atendimento na unidade?

---

---

---

Como é feita a triagem dos PPLs para atendimento médico?

---

---

Há escolta para atendimento externo de saúde? Se sim, indique em quais hipóteses.

---

---

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

Tuberculose

HIV/AIDS

Sífilis

Hepatite

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

Não é feito

#### **X. Assistência jurídica**

Há assistência jurídica aos PPLs na unidade? Se sim, indique por qual(is) instituição(ões) é fornecida.

---

---



Há parlatório para atendimento jurídico?  Sim  Não

Há sala para atendimento pela Defensoria Pública?  Sim  Não

Há parlatório virtual?  Sim  Não

## XI. Disciplina

A unidade dispõe de circuito de câmeras de segurança (CFTV)?

Sim  Não

Por quanto tempo ficam armazenadas as imagens? \_\_\_\_\_

Há incursão de grupos táticos na unidade (SOE, GSI, etc.)?

Sim  Não

Qual foi a data da última visita de grupo tático na unidade e o motivo?

---

---

---

Há instauração de Conselho Disciplinar para apuração de falta disciplinar?  Sim  Não

Há assistência jurídica aos PPLs nas sindicâncias para apuração de falta disciplinar?  Sim  Não

Houve rebelião na unidade nos últimos 3 anos?  Sim  Não

Houve suicídio na unidade nos últimos 3 anos?  Sim  Não



## XII. Visitas

Qual a periodicidade das visitas? \_\_\_\_\_

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

A unidade possui bodyscan? ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim, mas não está funcionando

Em caso negativo, descreva como é feita a revista de visitantes:

---

---

---

Há policial penal feminina para realização das revistas? Se não, indique como é feita a revista de mulheres e crianças.

---

---

Há visita virtual (webvisita)? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, informe o tempo de duração da visita virtual: \_\_\_\_\_

Há procedimento para suspensão de credencial de visita? ( ) Sim ( ) Não

Indique o(a) funcionário(a) responsável pela emissão de credenciais de visita e a forma de recebimento da documentação para a sua emissão:

---

---

---



ePROTOCOLO



Documento: **Deliberacao035AlteraaDelib.013\_2023InpecoesNUPEPeanaxos.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: **Andre Ribeiro Giamberardino** em 06/11/2023 14:05.

Inserido ao protocolo **20.599.460-2** por: **Julia Helena de Oliveira Modesto da Silva** em: 06/11/2023 14:01.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:  
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:  
**1fa0eb06ed89563c944fd88c6a658a88**.