



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

ANEXOS II

MODELOS



SUMÁRIO

MODELOS DE RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA E PERÍCIA	3
Modelo 01 – Patronato Penitenciário	4
Modelo 02 – Psicologia/Regime Fechado	9
Modelo 03 – Serviço Social/Regime Fechado	11
Modelo 04 - Regimes Semiabertos, Abertos e Centro Penal Agroindustrial	14
MODELOS DE ATUAÇÃO PSICOSSOCIAL	16
Modelo 01 - Entrevista Inicial/Inclusão – Prontuário Unificado 87	17
Anexo Modelo 01 – Acompanhamento Psicossocial	30
Modelo 02 - Encaminhamento	31
Modelo 03 – Entrevista de Trabalho Intramuros	32
Modelo 04 – Correspondência para os familiares	36
Modelo 05 – Cancelamento de Visita	37
Modelo 06 – Síntese da Comissão Técnica de Classificação	38
Modelo 07 – Relatório de Visita “A”	40
Modelo 08 – Relatório de Visita “B”	41
Modelo 09 – Relatório de Visita – Fins CCT	42
Modelo 10 – Autorização de Saída Provisória de Menor	45
Modelo 11 – Termo de Concessão de Reconhecimento de Paternidade	46
Modelo 12 “A” – Termo de Concessão de Certidão de Nascimento	47
Modelo 12 “B” – Termo de Concessão de Certidão de Nascimento	48
Modelo 13 – Declaração de Pobreza	49
Modelo 14 – Revogação de Cancelamento de Visita	50
Modelo 15 – Declaração de União Estável	51
Modelo 16 – Autorização de Retirada de Documentos	52
Modelo 17 – Relatório de Óbito	53
Modelo 18 – Declaração de Recusa de Serviços Funerários	55
Modelo 19 – Laudo de Acompanhamento Psicológico - Modelo “A”	56
Modelo 20 – Laudo de Acompanhamento Psicológico – Modelo “B”	61



MODELOS DE ATUAÇÃO PSICOSSOCIAL NA AREA DE SAÚDE	64
Modelo 01 – Ficha de Triagem/Saúde	65
Modelo 02 – Declaração para entrega de medicação	68
Modelo 03 – Declaração de Recusa de Escolta de Saúde	69
Modelo 04 – Termo de Responsabilidade/Recusa de Medicação	70
Modelo 05 – Declaração de Acompanhamento de Tuberculose	71
Modelo 06 – Termo de Responsabilidade de Equipamentos Utilizado pelo Interno	72
Modelo 07 – Termo de Responsabilidade/Recusa de Medicação Psicotrópica	73
Modelo 08 – Termo de Responsabilidade/Recusa de Atendimento Médico	74
Modelo 09 – Protocolo de Atendimento em Nutrição	75
Modelo 10 – Relatório Mensal de Atendimento	76



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELOS RELATÓRIO MENSAL ASSISTÊNCIA E PERÍCIA



MODELO1
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA E PERÍCIA
PATRONATO PENITENCIÁRIO

MÊS: _____ ANO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Unidade de Execução: _____

1.2 Área de Atuação: Assistência e Perícia

() Assistente Social () Psicólogo

1.3 Técnico Responsável: _____

2. DADOS ESTATÍSTICOS

Especificação das Atividades	Nº de Atendimentos
➤ Entrevista inicial – 1º Apresentação	
Regime Aberto	
Regime Semi-Aberto	
Livramento Condicional	
Regime Domiciliar	
Total	
➤ Apresentação do interno (orientação e acompanhamento quanto ao cumprimento da pena)	
Regime Aberto	
Regime Semi-Aberto	
Livramento Condicional	
Regime domiciliar	
Total	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

➤ Reativação de Prontuários	
Regime Aberto	
Regime Semi-Aberto	
Livramento Condicional	
Regime Domiciliar	
Total	
• Transferência	
• Extinção de pena	
• Alvará de soltura	
• Indulto	
➤ Emissão de Declaração	
1ª apresentação	
Trabalho	
Autônomo	
Para CPF	
➤ Concessão de benefícios	
Cesta de alimentos	
Passagens	
Vale transporte	
Remédios	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento e supervisão de mão de obra prisional inserida no mercado de trabalho (Visitas)	
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de testes psicológicos	
<ul style="list-style-type: none">• Articulação com recursos da comunidade para prestação de serviços	
<ul style="list-style-type: none">• Atendimento noturno	
<ul style="list-style-type: none">• Contatos telefônicos (fórum, conselhos, delegacia, cartórios, hospitais, CEPA, familiares, outros)	
<ul style="list-style-type: none">• Cadastro para trabalho	
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração e expedição de correspondências	
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de projetos	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento para setor jurídico	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento para cursos profissionalizantes	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento ao mercado de trabalho	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento a 1ª e 2ª VEP	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamentos diversos (CETREMI, CAPS, INSS, FUNSAT/FUNTRAB, Conselho Penitenciário, outros)	
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento ao Instituto de Identificação c/ isenção p/ 1ª e 2ª vias do RG.	
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de relatórios (atividades mensais, de trabalho, de visitas p/ trabalho, visitas domiciliares, perfil psicossocial, CTC).	
<ul style="list-style-type: none">• Fornecimento e orientação de documentação (certidão de nascimento, RG, CPF, título de eleitor, carteira de trabalho e outros)	
<ul style="list-style-type: none">• Informação sobre carteira de visitante	
<p>➤ Juntada de documento no Prontuário</p>	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

CTC	
Comprovante de residência	
Comprovante de trabalho	
Fotos 3/4	
Atestado médico	
Diversos	
Total	
<ul style="list-style-type: none">• Participação em cursos, fóruns, seminários e outros	
<ul style="list-style-type: none">• Realização de CTC	
<ul style="list-style-type: none">• Realização de palestras, exposições de vídeos, distribuição de material educativa	
<ul style="list-style-type: none">• Reuniões	
<ul style="list-style-type: none">• Serviço externo	
<ul style="list-style-type: none">• Solicitação de 2ª via de certidões de nascimento	
<ul style="list-style-type: none">• Solicitação de documentos	
<ul style="list-style-type: none">• Supervisão e orientação e estagiários	
<ul style="list-style-type: none">• Trabalho em grupo	
<ul style="list-style-type: none">• Visitas domiciliares de trabalho	

3. LEVANTAMENTO DE DADOS:

3.1 Nº de internos atendidos _____

3.2 Nº de procedimentos realizados _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

4. DADOS QUALITATIVOS:

4.1 Especificar dados qualitativos quando houver:

4.2 Dificuldades encontradas na execução das atividades:

4.3 Medidas de Intervenção adotadas para solução dos problemas:

4.4 Sugestões recomendadas:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Técnico Responsável



MODELO 2
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA E PERÍCIA – PSICÓLOGIA
UNIDADES PENAIS – REGIME FECHADO

MÊS: _____ ANO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Unidade de Execução: _____

1.2 Área de Atuação: Assistência e Perícia – (X) Psicólogo

1.3 Técnico Responsável: _____

2. DADOS ESTATÍSTICOS

Especificação das Atividades							Nº de Atendimentos
Atendimento de Inclusão							
Elaboração de Parecer para o trabalho							
Elaboração de Parecer para visita							
Entrevista (anamnese) – progressão de regime e acompanhamentos							
Acompanhamento judicial							
Relatório de acompanhamento judicial							
Elaboração de laudo psicológico							
Leitura e análise de prontuário criminal							
Atendimento Individual							
Encaminhamentos:							TOTAL:
Saúde	Serviço social	Psicologia	Disciplina	Escola	Jurídica	2ª via Cert. nasc	
Orientação familiar							
Pessoal				Contato Telefônico			



Parcerias com entidades públicas, entre outras.	
Supervisão e orientação a estagiários	
Trabalhos em grupo: Palestras, campanhas, projeções, de filmes educativos, distribuição de materiais educativos.	
Contatos telefônicos diversos () família () diversos	
Elaboração e expedição de correspondência	
Aplicação de testes psicológicos	
Reuniões na Unidade Penal	
Reuniões externas	
Visitas domiciliares/ou hospitalares	
Serviços externos. Quais?	
Elaboração de relatórios	

3.LEVANTAMENTO DE DADOS:

3.1 N° de internos solicitados para audiência:

3.2 N° de internos atendidos:

4. DADOS QUALITATIVOS:

4.1 Especificar dados qualitativos quando houver:

4.2 Dificuldades encontradas na execução das atividades:

4.3 Medidas de Intervenção adotadas para solução dos problemas:

4.4 Sugestões recomendadas

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Psicóloga(o)



MODELO 3
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA E PERÍCIA – SERVIÇO SOCIAL
UNIDADES PENAIS – REGIME FECHADO

MÊS: _____ ANO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Unidade de Execução: _____

1.2 Área de Atuação: Assistência e Perícia – (X) Assistente Social

1.3 Técnico Responsável: _____

2. DADOS ESTATÍSTICOS

Especificação das Atividades		Nº de Atendimentos
• Atendimento de Inclusão		
• Atendimento e Orientação (audiências)		
• Entrega de Kit Higiênico		
• Atendimento e orientação (família)		
Pessoal	Contato Telefônico	
• Solicitação de APC (Atestado de Permanência Carcerária)		
• Entrevista e parecer para Declaração de União Estável (assistência)		
• Elaboração de Parecer para o trabalho		
• Elaboração de laudo social		
• Leitura e análise de prontuário criminal		
• Acompanhamentos		



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

• Encaminhamentos					TOTAL
Saúde	Educação	Disciplina	Psicologia	Jurídica/ Defensoria Publica	
• Parcerias com entidades públicas					
• Supervisão e orientação a estagiários					
• Trabalhos em grupo: Palestras, campanhas, projeções, de filmes educativos, distribuição de materiais educativos					
• Contatos telefônicos diversos () família () diversos					
• Elaboração e expedição de correspondência					
• Reuniões externas					
• Reuniões na Unidade Penal					
• Participação no Conselho Disciplinar					
• Serviços externos. Quais?					
• Elaboração de relatórios					
• Entrada e saída de documentação do interno					
• Solicitações de documentações					
• Visita Domiciliar e/ou Hospitalar					

3.LEVANTAMENTO DE DADOS:

3.1 N° de internos solicitados para audiência:

3.2 N° de internos atendidos:

4. DADOS QUALITATIVOS:

4.1 Especificar dados qualitativos quando houver:

4.2 Dificuldades encontradas na execução das atividades:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

4.3 Medidas de Intervenção adotadas para solução dos problemas:

4.4 Sugestões recomendadas

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Assistente Social



MODELO 4
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA E PERÍCIA
ESTABELECIMENTOS PENAIS DE REGIME SEMIABERTO, ABERTO/CENTRO
PENAL AGROINDUSTRIAL

MÊS: _____ ANO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Unidade de Execução: _____

1.2 Área de Atuação: Assistência e Perícia – () Assistente Social () Psicóloga

1.3 Técnico Responsável: _____

2. DADOS ESTATÍSTICOS

Especificação das Atividades	Nº de Atendimentos
• Entrevista inicial	
• Apresentação do interno	
• Orientação e acompanhamento quanto ao cumprimento da pena	
• Articulação com recursos da comunidade para prestação de serviços	
• Acompanhamento e supervisão de mão de obra prisional inserida no mercado de trabalho	
• Encaminhamentos para cursos profissionalizantes	
• Concessão de benefício (cesta de alimentos, passagens, auxílio funeral)	
• Visitas domiciliares	
• Serviço externo. Quais?	
• Entrevista e/ou abordagem social	
• Trabalho em grupo. Especificar.	
• Encaminhamento ao mercado de trabalho	
• Estudo de caso para elaboração de diagnóstico psicossocial	



• Participação em reuniões, cursos, fóruns, seminários e outros	
• Supervisão e orientação a estagiários	
• Realização de palestras, exposições de vídeos, distribuição de material educativo	
• Desenvolvimento e ações e parcerias (correlatas)	
• Reuniões	
• Contatos telefônicos	
• Elaboração e expedição de correspondências	
• Atendimento Familiar	
• Elaboração de relatórios	

3. LEVANTAMENTO DE DADOS:

3.1 Nº de internos atendidos _____

3.2 Nº de procedimentos realizados _____

4. DADOS QUALITATIVOS:

4.1 Especificar dados qualitativos quando houver:

4.2 Dificuldades encontradas na execução das atividades:

4.3 Medidas de Intervenção adotadas para solução dos problemas:

4.4 Sugestões recomendadas:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Técnico Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELOS DE ATUAÇÃO PSICOSSOCIAL

* É VEDADO A ALTERAÇÃO DOS MODELOS DOS RELATÓRIOS, BEM
COMO TORNA-SE OBRIGATÓRIO O SEU USO *



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 1

ENTREVISTA INICIAL/INCLUSÃO **PRONTUÁRIO ÚNIFICADO**

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Estado Civil:

Filiação:

Endereço Domiciliar:

Referência Familiar (nome, telefone):

II – SITUAÇÃO PROCESSUAL

Prisões anteriores:

Data de ingresso nesta unidade prisional:

Artigo (s):

Benefícios concedidos:

Número de evasão e data:

Condenado (a)//Processado (a):

Tem alguém da família preso(a): () Sim () Não

Grau de Parentesco:

Em qual unidade prisional:

Possui advogado constituído ou Defensor Público:

Nome:



O que o levou a cometer os delitos?

- não cometeu
- vingança
- impulsividade/inconseqüência
- influência de outros
- necessidades materiais
- desejo de ser reconhecido, de ser valorizado
- circunstância do momento em que ocorreu o crime
- envolvimento com grupos organizados
- envolvimento com drogas
- quebra de benefício de progressão de regime
- outros

Com relação à situação de prisão o que considera sua maior perda?

- perda do direito de ir e vir
- ficar longe da família
- ficar longe dos amigos
- rompimento de relacionamento amoroso
- perda de emprego
- outros

III – HISTÓRICO FAMILIAR

Pais naturais vivos:

- sim não

Pais separados:

- sim não

Em caso de separação dos pais, com que idade contava:



Por quem você foi criado?

- pelos pais
- pelo pai
- pela mãe
- avós paternos
- avós maternos
- por irmão(s) mais velho(s)
- por parentes
- por outra família
- por instituição
- outros

Profissão dos pais ou de quem o criou:

Quem trabalhava na família:

Têm irmãos?

- sim, quantos: não

Foi criado (a) junto a eles:

- sim não

Condições de moradia:

- alvenaria
- madeira
- barro
- própria
- alugada
- cedida



O que seus pais ou aqueles que o criaram representaram para você na infância?

- () foram pessoas fundamentais
- () foram pessoas importantes
- () foram pessoas presentes
- () foram pessoas indiferentes
- () foram pessoas negligentes
- () foram pessoas ausentes
- () outros

Como avalia a educação recebida através das pessoas que o criaram?

- () rígida
- () muito rígida
- () flexível
- () sem limites

Quantas vezes você mudou de família na infância?

- () nenhuma vez
- () uma vez
- () duas vezes
- () mais de duas vezes

Você fugiu de casa alguma vez?

- () não () sim

Por quê?

Em que condições materiais foi criado?

- () ótimas condições
- () boas condições
- () tendo suas necessidades básicas atendidas
- () com pobreza



extrema pobreza

Você passou por instituição assistencial na menoridade?

- não
- sim como carente
- sim como infrator

Você foi vítima de violência doméstica?

- não
- sim, violência física
- sim, violência psicológica
- sim, violência sexual
- sim, negligência

IV – SITUAÇÃO PESSOAL

Qual sua religião?

- nenhuma
- católica
- evangélica
- umbanda
- candomblé
- espírita Kardecista
- judaica
- ateu
- outra

Com quem você morava antes de ser preso?

- mãe
- pai
- avós



- esposa
- namorada
- irmãos
- filhos
- amigos
- tios
- outros

Sua família reside em:

- imóvel próprio
- imóvel alugado
- imóvel cedido
- imóvel ocupado
- albergue
- outros

Quantos filhos você tem?

- nenhum
- 1 filho
- 2 filhos
- 3 filhos
- 4 filhos
- 5 filhos
- 6 filhos ou mais

Tem filhos menores de 16 anos?

- não
- sim, de 1 a 2 filhos
- sim, de 3 a 5 filhos
- sim, mais de 5 filhos



Com quem seus filhos estão?

- mãe
- pai
- avós maternos
- avós paternos
- Febem
- orfanato
- estão presos
- são independentes
- tios
- irmão(s) mais velho(s)
- não sei
- outros

Teve algum filho encaminhado para adoção ou família substituta?

- não sei
- não
- sim, para família substituta
- sem sua concordância
- com sua concordância

Você é o único provedor da família?

- não sim

Qual o rendimento familiar?

- 0 a ½ salário mínimo
- acima de ½ até 2 salários mínimos
- acima de 2 até 4 salários mínimos
- acima de 4 até 9 salários mínimos
- acima de 9 até 15 salários mínimos
- mais de 15 salários mínimos



Sua família está inscrita em programa social oficial ou comunitário?

() não () sim. Qual(is)? _____

Recebe auxílio reclusão?

() sim () não

Quem é o beneficiário? _____

V – ESCOLARIDADE

Qual seu grau de instrução?

- () analfabeto
- () Ensino Fundamental incompleto
- () Ensino Fundamental completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino superior completo

Repetiu alguma série?

() não () sim. Quantas vezes?

Em que série parou os estudos? _____

VI – SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Com que idade começou a trabalhar?

- () antes dos 7 anos
- () dos 7 aos 10 anos
- () dos 11 aos 16 anos



- () dos 16 aos 21 anos
- () acima dos 21 anos
- () nunca trabalhou

Possui curso profissionalizante?

- () não
- () sim. Qual(is)? _____

Qual sua profissão? _____

No momento da prisão exercia atividade laboral?

- () sim
- () não

Com registro em Carteira de Trabalho?

- () sim
- () não

Obs. EM CASO AFIRMATIVO, ORIENTAR SOBRE O AUXÍLIO RECLUSÃO.

Se preso (a) em outra unidade prisional, em quais setores já trabalhou:

VII – SITUAÇÃO DOCUMENTAL

	S	N	Nº Documento
Registro de Nascimento			
Identidade (RG)			
Título de Eleitor			
Passaporte			
Carteira de Trabalho			
Carteira de Reservista			
CNH			
CPF			



Obs. VERIFICAR NO CASO DE NÃO TER DOCUMENTO NA UNIDADE PENAL, SOLICITAR CÓPIA A FAMÍLIA E/OU CARTÓRIOS PARA ARQUIVO NO ESTABELECIMENTO PRISIONAL.

VIII – SAÚDE

Possui Cartão SUS?

() sim Número: _____

() não

Obs. EM CASO NEGATIVO, PROVIDENCIAR A CONFECÇÃO.

Você faz uso de drogas ilícitas?

() não

() sim, usuário experimentador

() sim, usuário ocasional

() sim, usuário habitual

() sim, usuário dependente. Qual?

Que tipo de droga?

() maconha

() pasta base

() cocaína

() crack

() outros: _____

Já fez uso de droga injetável?

() sim

() não



Quando se tornou dependente?

- na infância
- na adolescência
- na vida adulta
- depois de ser preso

Já fez alguma tentativa para abandonar o uso de drogas ou de bebidas alcoólicas?

- não
- sim, para abandono de uso de drogas
- sim, para abandono do uso de bebidas alcoólicas

Faz ou já fez uso de remédio controlado?

- sim, já fiz
- sim, faço uso atualmente
- não

O uso de drogas ou de bebidas alcoólicas tem relação com a prática do delito?

- não
- sim, para uso de drogas
- sim, para uso de bebidas alcoólicas

Já sofreu de doença grave em alguma fase da vida?

- não
- sim. Qual?

Tem tosse há mais de duas semanas?

- sim
- não

Tem mancha amortecida no corpo?

- sim



não

Tem ou teve alguma doença venérea?

sim

não

Tem ou teve hepatite?

sim

não

não sei

Tem pressão alta?

sim

não

ignora

Tem diabetes?

sim

não

ignora

Tem HIV?

sim

não

ignora

Tem casos de doença mental na família?

não

sim. Qual? _____

Você tem algum problema de saúde atualmente?

não

sim



Possui alguma doença que a impeça de desenvolver alguma atividade laborativa?

() não () sim. Qual?

Já tentou suicídio?

() sim

() não

Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?

() sim, já fiz

() sim, faço

() não

IX – SITUAÇÃO INTRAMUROS E PERSPECTIVAS

Recebe visitas de familiares ou outra pessoa?

() não () sim. Quem? _____

Gostaria de estudar durante o cumprimento da pena?

() não () sim

Gostaria de trabalhar durante o cumprimento da pena?

() não () sim

Gostaria de aprender uma profissão?

() não () sim Qual?

DATA:

TÉCNICO (A) RESPONSÁVEL:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 2
ENCAMINHAMENTO

De: _____

Para: _____

Encaminho

Nome do Interno/a: _____

Assunto: _____

Para providências cabíveis.

Atenciosamente,

Cidade/MS, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Profissional



MODELO 3
ENTREVISTA DE TRABALHO INTRAMUROS

1-IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade _____

Profissão _____

Estado Civil _____

Tempo na U.P. _____

Possui documentação pessoal? () Sim () Não

Quais: _____

Onde estão? _____

Obs: _____

Artigo: _____ () processado () condenado

Possui alguma Falta Disciplinar nesse período? () Sim () Não

Qual? _____

2- ESCOLARIDADE:

Sabe ler e escrever () Sim () Não

Obs _____

3 – ATIVIDADES LABORAIS ANTERIORES

Extramuros: _____



Intramuros _____

4 – PERCEPÇÃO PESSOAL DO TRABALHO:

5 – ATIVIDADE SOLICITADA. POR QUÊ?

6 – CONVIVÊNCIA INTRAMUROS:



7 – SAÚDE. FAZ USO DE MEDICAMENTO OU QUALQUER OUTRA FORMA DE DROGA? QUAL?

8 – HISTÓRICO FAMILIAR (FAMÍLIA PRIMÁRIA, CONSTITUÍDA/HÁ QUANTO TEMPO, PROLE...):

9 – RECEBE VISITAS?

10– PERSPECTIVAS EXTRAMUROS



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

11 - CONCLUSÃO

Entrevista realizada em ____/____/____

Assinatura do Profissional Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 4
CORRESPONDÊNCIA PARA OS FAMILIARES

Cidade/MS, _____ de _____ de _____.

Informamos que o interno _____
se encontra no Estabelecimento Penal: _____
localizado _____

Se possível entrar em contato no setor de inclusão para passar um telefone de
contato de algum familiar próximo ao interno.

Segue abaixo algumas informações sobre a rotina desta Unidade Penal:

Telefones Úteis:

1. Setor de Inclusão: (67)
2. Portaria da Unidade: (67)
3. Assistência Social: (67)
4. Patronato Penitenciário (órgão responsável pela confecção da
carteirinha de visita): (67)

Atenciosamente

Assinatura da Técnica Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 5
CANCELAMENTO DE VISITA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,
EU _____
FILHO DE _____
NASCIDO EM ____/____/____, VENHO ATRAVÉS DESTA SOLICITAR O
CANCELAMENTO DA VISITA DE _____
(NOME DO/A VISITANTE), EM VIRTUDE DE NÃO HAVER MAIS NENHUM
TIPO DE RELACIONAMENTO COM A/O MESMA/O.

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

CIDADE/MS, ____/____/_____.

Declarante



MODELO 6

SÍNTESE DA COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO – CTC

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data nascimento:

Filiação:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nível de instrução:

Estado civil:

Religião:

Profissão:

Data da prisão:

Artigos:

Data prevista para benefício:

Tipo de benefício:

Assistência jurídica:

() Particular () Institucional

II – AVALIAÇÃO JURÍDICA

III - AVALIAÇÃO DISCIPLINAR

IV - AVALIAÇÃO SOCIAL E PSICOLÓGICA

V – AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA (art. 7º da LEP)

VI- AVALIAÇÃO DO SETOR DE TRABALHO



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

VII- CONCLUSÃO

Cidade/MS, _____ de _____ de _____

Ciente do Interno



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 7
RELATÓRIO DE VISITA “A”

Data: ___/___/_____

Horário:

Nome: _____

Local/ Endereço: _____

Data da Prisão: _____

Artigo: _____

Benefício: _____

Trabalho: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Salário: _____

Vínculo Empregatício: _____

Tipo de Visita: () Domiciliar () Institucional () Saúde

() Problema Familiar () Medicamentos () Outros

Quando Institucional, motivo:

() Saúde () Retorno () Solicitação de Benefício

() Acompanhamento

Objetivo:

Retorno/Motivo:

Comentários/Conclusões:

Assinatura do Técnico



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 8
RELATÓRIO DE VISITA “B”

Data: ___/___/_____

Horário:

Nome: _____

Local/ Endereço: _____

Data da Prisão: _____

Artigo: _____

Tipo de Visita: () Domiciliar () Hospitalar () Outros

Objetivo: _____

Parecer: _____

Assinatura do Técnico



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 9
RELATÓRIO DE VISITA FINS CCT – COMISSÃO DE CLASSIFICAÇÃO
TÉCNICA

Instrumentos usados para a elaboração deste parecer social:

- 1) Prontuário Criminal
- 2) Entrevista semi dirigida

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Filiação:

Data de Nascimento:

Idade:

Natural:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Artigo:

II – INSTRUMENTO DE TRABALHO:



III- DESCRIÇÃO:

Trata-se de interno processado/condenado, não sabendo informar sua situação jurídica atual, deu entrada no Estabelecimento Penal em __/__/__.

O interno declara que seus genitores o adotaram quando recém-nascido e depois tiveram uma filha que está com dezessete anos de idade. Tem reduzido nível de instrução, nenhuma qualificação profissional, informando nunca ter exercido nenhuma atividade laborativa. Mãe funcionária pública estadual, pai pedreiro que devido ao próprio alcoolismo afastou-se da família quando Nome do Interno estava com oito anos de idade, ficando este sob a responsabilidade materna. Vivência urbana com situação sociocultural e financeira estável. Na pré-adolescência envolveu-se com grupos desajustados socialmente, passando a consumir substâncias psicoativas e frequentemente furtando a própria mãe para poder manter o vício. Afirma que sua genitora é seu referencial positivo e continua dependente economicamente da mesma. Há dois anos sua mãe vive uma união estável e por estar com à saúde debilitada e fragilizada emocionalmente em decorrência de seu aprisionamento, não se encontra em condições de visitá-lo intramuros. Por esta razão seu padrasto se dispôs a ser o elo familiar, visitando-o neste período em que está privado de liberdade. As informações obtidas com o interno e com sua mãe revelaram que Nome do Interno continua sendo dependente químico e que a reclusão o coloca mais perto das drogas e da ociosidade. Portanto é importante e necessário que seu padrasto, o Sr. Fulano, o visite para que os laços familiares sejam preservados e possibilitem a Nome do Interno uma ligação com o mundo exterior através de pessoas que lhe têm apreço.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

IV - CONCLUSÃO:

Face ao exposto e considerando a importância da família primária permanecer unida e atuar como suporte positivo

Cidade/MS, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Técnico Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 10
AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA PROVISÓRIA DE MENOR

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, reclusa nesse estabelecimento penal, autorizo meu filho (a) _____, Certidão de Nascimento nº. _____, Livro ____, Folha _____, a sair desta unidade penal em companhia de _____ (avó, avô ou pai), devendo responsabilizar-se inteiramente por tudo que vir ocorrer durante a permanência em que o mesmo estiver sob sua responsabilidade.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da Interna: _____

Assinatura do Técnico Responsável: _____

Assinatura do (a) Diretor(a) da unidade penal: _____



MODELO 11

TERMO DE CONCESSÃO DE RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE

_____ (Nome do Interno), natural de _____, filho de _____ e de _____, Portador do Documento (especificar qual/numeração), cumprindo pena restritiva de liberdade no Estabelecimento Penal _____, autorizo _____, filha de _____ e de _____, Portadora do Documento (especificar qual/numeração/data de expedição), a solicitar o **RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE** de _____ (Nome da Criança), nascida em (data e local), e que a partir desta data, passará a usar o nome de _____.

Cidade/MS, ____ de ____ de 20__.

Por ser verdade, declaro o presente termo.

Assinatura do interno: _____

Assinatura do Diretor da Unidade: _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 12 - A
TERMO DE CONCESSÃO DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO

(Nome do Interno), natural de _____, nascido em
___/___/___, filho de _____ e de
_____, portador do documento (especificar
qual/numeração), cumprindo pena restritiva de liberdade no Estabelecimento
Penal _____, autorizo minha companheira
_____, filha de _____ e
de _____, Portadora do Documento (especificar
qual/numeração/data de expedição), a registrar em meu nome o nosso (a) filho
(a) _____ (Nome da Criança), nascido (a) em
(data/local/nome do Hospital), na cidade de _____.

Por ser verdade, declaro o presente Termo.

Cidade/MS, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do Interno: _____

Assinatura do Diretor da Unidade: _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 12 – B

TERMO DE CONCESSÃO DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO

OUTORGANTE: Nome do Interno, Nacionalidade, Estado Civil, Profissão, Portador do Documento (especificar), Naturalidade, Filiação, interno do Estabelecimento Penal _____.

OUTORGADA: Nome da outorgada, Nacionalidade, Estado Civil, Profissão, Portador do Documento (especificar), Naturalidade, Filiação, Endereço.

PODERES: O outorgante acima qualificado nomeia e constitui a outorgada sua bastante procuradora com poderes para representá-lo junto ao Cartório de Registro Civil de _____ (Cidade), a fim de registrar sua/seu filha/o com o nome de _____, havido pelo relacionamento com _____ (Nome da Mãe da Criança), podendo dito procurador prestar as demais declarações necessárias, assinar o Termo de Nascimento, tudo de acordo com as Leis nº. 6.015, de 31/12/1973 e 8.560, de 20/12/1992, e tudo o mais praticar para o bom e fiel cumprimento do presente mandado,

Cidade/MS, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Interno: _____

Assinatura do Diretor da Unidade: _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 13
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, _____ (Nome do Interno),
DECLARO, nos termos do parágrafo único do art. 1.512 da Lei nº. 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), e, ou, art. 30, § 2º, da Lei nº. 6.015/73, **que sou pobre** e não posso pagar os emolumentos referentes ao ato que pretendo obter, relativamente ao assento feito nessa Serventia em nome de _____ consistente em:

- () 2ª via de certidão de nascimento.
- () 2ª via de certidão de casamento.
- () 2ª via de certidão de óbito.
- () _____

Declaro, ainda, **minha ciência** quanto ao fato de que as informações aqui prestadas poderão ser objeto de averiguação, além de que, na hipótese de serem inverídicas, por elas **responderei civil e criminalmente**, nos termos do § 3º. do art. 30 da Lei nº. 6.015/73.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Interno



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 14
REVOGAÇÃO DE CANCELAMENTO DE VISITA

Declaro para os devidos fins que, eu, _____
(Nome do Interno), filho de _____ e de
_____, nascido em ____/____/____ **REVOGO** o
cancelamento e aceito receber novamente a visita da pessoa de
_____ (Nome da/o Visitante), pois
somos _____ portanto autorizo a mesma a revalidar o Cartão de
Visitante junto ao Patronato Penitenciário para efetuar a visita regularmente,
conforme a Portaria/P/GAB/AGEPEN/Nº 01 de 30 de novembro de 2010.

Por ser verdade, firmo a presente.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 15
DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

(nome do/a interno/a)

Filiação: _____

RG _____ CPF _____

ou outro documento que possuir.

(nome da/o convivente)

Filiação: _____

RG _____ CPF _____,

residente a Rua, Bairro, Cep, Telefone _____,

declaramos, para os devidos fins, que convivemos em regime de União Estável
há _____ (anos/meses).

Por ser verdade, firmamo-nos,

Cidade/MS, ____ de _____ de 20____.

Nome e Assinatura do Interno

Nome e Assinatura da/o Convivente (Reconhecer Firma em Cartório)

Diretor do Estabelecimento Penal e/ou Psicossocial



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 16
AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu, _____ (Nome da/o interna/o),
autorizo _____ (Nome e Grau de Parentesco)
a retirar os meus documentos _____ (especificar)
que se encontra no Setor Social desta Unidade Penal.

Nome e Assinatura do Interno

Nome e Assinatura da Pessoa Autorizada



MODELO 17 RELATÓRIO DE ÓBITO

INTERNO: _____

Informamos que no dia/mês/ano, veio a óbito o custodiado _____, filiação _____, recluso na Unidade Penal _____ desde a data de ____/____/____, processado e/ou condenado no artigo _____.

Realizar um descritivo referente ao óbito: Como ocorreu, horário, se na unidade penal, se em Hospital/Posto de Saúde/Outros, etc, quem fora acionado (IML/Delegacia/Funerária de Plantão).

Em contato com familiares do “*de cujus*”, (Informar nome completo, RG, Grau de Parentesco, Endereço e Telefone do Contato Efetuado), os mesmos foram informados acerca do ocorrido, e especificado aos mesmos, conforme Normatização de Atos referentes a óbitos de internos sob a égide desta Agência, a disponibilização de serviços póstumos ofertados pela AGEPEN (Lembrar sempre que a família deverá possuir cova/terreno para sepultamento).

Situação 1: Em se tratando de família carente de recursos financeiros, a mesma aceitou os serviços funerários ofertados pela AGEPEN, ficando sob a responsabilidade da mesma, preparação do corpo, caixão, documentação e traslado até a cidade de _____ (quando familiares não residirem na cidade em que o interno estava recluso).

Situação 2: Todavia em razão da família possuir Plano de Assistência Funeral Familiar, recusou os serviços funerários ofertados, conforme declaração em anexo, arcando desta forma as despesas relativas ao funeral.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

Situação 3: Em se tratando de família carente de recursos financeiros, a mesma aceitou os serviços funerários ofertados pela AGEPEN/MS, tendo a Prefeitura Municipal cedido através da Secretaria de Assistência Social _____ (informar) e o restante como _____ (descrever) a cargo desta Agência.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Técnico Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 18

DECLARAÇÃO DE RECUSA DE SERVIÇOS FUNERÁRIOS

Eu, _____
(Nome), _____ (Filiação),
Portador de Documento nº _____ (especificar), na condição
de _____ (grau de parentesco), do interno
_____, que veio a óbito nesta Unidade
Penal _____, na data de _____,
declaro não necessitar dos serviços póstumos oferecidos pela Agência
Estadual de Administração do Sistema Penitenciário – AGEPEN, estando
ciente dos serviços que me foram ofertados diante de tal situação, em virtude
de possuir Plano de Assistência Funeral Familiar em nome de
_____(parentesco), sendo o interno dependente e/ou
da família possuir condições financeiras para arcar com as despesas relativas
ao funeral.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20__.

Nome do Familiar e Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 19

LAUDO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – MODELO “A”

Em resposta ao Ofício nº. _____

Autos: _____, datado em ___ de ___ de
20____, da ___º Vara de Execução Penal.

IDENTIFICAÇÃO:

(TRATA-SE DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INTERNO)

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

FILIAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA DEMANDA:

Segue, em resposta a solicitação do Ofício nº. _____ – Autos: _____, de ___ de ___ de _____, a elaboração do laudo de acompanhamento psicológico do sentenciado (Nome).

PROCEDIMENTOS:

Realizaram-se, (especificar... semanalmente; quinzenalmente), entrevistas de acompanhamento psicológico individual ao custodiado, para coleta de dados e aplicação dos instrumentos.

Instrumentos Utilizados: Tipos de Entrevistas (aberta/ fechada/ estruturada/ semi-estruturada); Testes Psicológicos; Técnicas Aplicadas; Questionários; Análise do Prontuário Criminal, entre outros.

Período: De ___ de ___ de _____ a ___ de ___ de _____

ANÁLISE:



É a parte do documento na qual o psicólogo faz uma exposição descritiva de forma sistemática, objetiva e fiel dos dados colhidos. Apresenta-se ainda, a descrição sobre situações ou condições psicológicas e suas determinações (sociais, históricas, políticas, culturais, etc.) observadas no processo de avaliação psicológica.

Deve ser relatado somente o que for necessário para o esclarecimento da solicitação. Todas as afirmações devem ser baseadas em fatos e subsidiadas por teorias, com clareza, exatidão e precisão. Neste caso, dê, também, preferência ao verbo no infinitivo sempre que iniciar frases.

Para tanto, vale ressaltar a conveniência dos dados descritivos quanto ao exame psíquico do examinando, tais como:

APRESENTAÇÃO - Refere-se à impressão geral que o paciente causa no entrevistador. Compreende: APARÊNCIA (condições de higiene pessoal); ATIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO (atitudes e movimentos expressivos da fisionomia, gesticulação); ATITUDE PARA COM O ENTREVISTADOR (cooperativo, desconfiado, apático, irritado, indiferente, hostil), entre outros.

CONSCIÊNCIA – A consciência se revela na sustentação, coerência e pertinência das respostas dadas ao entrevistador. A clareza dessa consciência é traduzida pela lucidez.

ORIENTAÇÃO - A orientação pode ser inferida da avaliação do estado de consciência e encontra-se intimamente ligada às noções de tempo e de espaço.

ATENÇÃO - Investiga-se assim:

- Atenção Normal: Euprossexia; Normovigilância;



- Hipervigilância: Ocorre num exagero, na facilidade com que a atenção é atraída pelos acontecimentos externos;

- Hipovigilância: É um enfraquecimento significativo da atenção, onde é difícil obter a atenção do paciente;

- Hipertenacidade: A atenção se adere em demasia a algum estímulo ou tópico; concentração num estímulo;

- Hipotenacidade: A atenção se afasta com demasiada rapidez do estímulo ou tópico.

MEMÓRIA - É o elo temporal da vida psíquica (passado, presente, futuro). A memória permite a integração de cada momento. Há cinco dimensões principais do seu funcionamento: percepção, fixação, conservação, evocação e reconhecimento.

INTELIGÊNCIA - Nessa avaliação da inteligência não é o que chamamos “uma avaliação fina”, realizada por meio de testes. É mais para se constatar se o paciente está dentro do chamado padrão de normalidade. Interessa a autonomia que o paciente tenha, a sua capacidade laborativa.

Quando houver suspeita de déficit ou perda intelectual, as informações podem ser obtidas pedindo-lhe que explique um trabalho, alguma situação, que defina algumas palavras (umas mais concretas, outras mais abstratas), que estabeleça algumas semelhanças, por exemplo.

Ex: “Durante as entrevistas percebe-se que o paciente tem boa capacidade de compreensão, estabelecendo relações e respostas adequadas, apresentando *insights...*”.

SENSOPERCEÇÃO - Fundamenta-se na capacidade de perceber e sentir. Neste ponto, investigam-se os transtornos do eu sensorialmente projetados, simultâneos à percepção verdadeira, ou seja, experiências ilusórias ou alucinatórias que são acompanhadas de profundas alterações do pensamento.



As alucinações podem ser auditivas, auditivo-verbais (mais comuns), visuais, olfativas, gustativas, cenestésicas (corpórea, sensibilidade visceral), cinestésicas (movimento).

PENSAMENTO - Por meio do pensamento, o ser humano é capaz de manifestar suas possibilidades de adaptar-se ao meio. É por ele que se elaboram conceitos, articulam-se juízos, constrói-se, compara-se, solucionam-se problemas, elaboram-se conhecimentos adquiridos, idéias, transforma-se e cria-se. Aqui se faz uma análise do discurso do paciente: **curso** (velocidade com que o pensamento é expresso), **forma** (é a maneira como o conteúdo do pensamento é expresso) e **conteúdo** (as perturbações no conteúdo do pensamento - estão associadas a determinadas alterações) do pensamento.

LINGUAGEM - Neste tópico, o que irá nos interessar é o exame da linguagem falada e escrita. Sua normalidade e alterações estão intimamente relacionadas ao estudo do pensamento, pois é pela linguagem que ele passa ao exterior. Ex: “Se expressa por meio de mensagens claras e bem articuladas...”.

AFETIVIDADE - A afetividade revela a sensibilidade intensa da pessoa frente à satisfação ou frustração das suas necessidades.

Interessa-nos a tonalidade afetiva com que alguém se relaciona, as ligações afetivas que o examinando estabelece com a família e com o mundo, perguntando-se sobre: filhos, pai, mãe, irmãos, marido ou esposa, amigos.

Pesquisa-se estados de euforia, tristeza, irritabilidade, angústia, ambivalência e labilidade afetivas, incontinência emocional, etc.

HUMOR - É o que se pode observar com mais facilidade numa entrevista; é uma emoção difusa e prolongada que matiza a percepção que a pessoa tem do mundo. É como o paciente diz sentir-se: deprimido, angustiado, irritável, ansioso, apavorado, zangado, expansivo, eufórico, culpado, atônito.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

PSICOMOTRICIDADE - A psicomotricidade é observada no decorrer da entrevista e se evidencia geralmente de forma espontânea. Averigua-se se está normal, diminuída, inibida, agitada ou exaltada, se o paciente apresenta maneirismos, estereotípias posturais, ou qualquer outra alteração. Ex: “Apresenta tique, estalando os dedos da mão direita...”.

Ainda assim, é preciso destacar sobre o comportamento carcerário deste sentenciado, se está remindo pena trabalhando ou estudando na unidade penal, se recebe visitas, entre outras circunstâncias que julgar pertinente.

CONCLUSÃO:

Neste campo é preciso clarificar a exposição dos resultados da avaliação; apresentar as respostas ao solicitante sobre sua demanda e propor sugestões de projetos e encaminhamentos.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Psicólogo
Número de inscrição no CRP



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 20

LAUDO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – MODELO “A”

Em resposta ao Ofício nº. _____

Autos: _____, datado em ___ de ___ de
20____, da ___º Vara de Execução Penal.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

FILIAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA DEMANDA:

Segue, em resposta a solicitação do Ofício nº. _____ – Autos: _____, de ___ de ___ de _____, a elaboração do laudo de acompanhamento psicológico do sentenciado (Nome)

PROCEDIMENTOS:

Realizaram-se, (especificar... semanalmente; quinzenalmente), entrevistas de acompanhamento psicológico individual ao custodiado, para coleta de dados e aplicação dos instrumentos.

Instrumentos Utilizados: Tipos de Entrevistas (aberta/ fechada/ estruturada/ semi-estruturada); Testes Psicológicos; Técnicas Aplicadas; Questionários; Análise do Prontuário Criminal, entre outros.

Período: De _____ de 201__ a _____ de 201__.



ANÁLISE:

O interno manteve atitude pró ativa, não oferecendo objeções às perguntas que lhe foram dirigidas, sendo cooperativo e participativo no acompanhamento psicológico realizado.

Indica atenção vigiada, orientação no tempo-espço, lúcido, funções mentais e afetivas aparentemente preservadas, com capacidade de raciocínio e coordenação motora lentificadas. Incorre vida instintiva e primitiva, utilizando-se de mecanismo imaturo para enfrentar problemas.

Fulano de tal apresenta pensamento voltado para a fantasia, demonstrando ser pessoa mais de recursos manuais do que intelectuais, de relacionamento interpessoal diretivo, revelando tensão e ansiedade.

Em relação ao uso abusivo de substância psicoativa, devem ser considerados os danos psicológicos do uso de maconha (devido o seu potencial de dependência) que incluem: alteração do humor, com tendência a euforia e relaxamento; sensação de insights ou pensamentos mágicos; taquicardia; dilatação dos vasos sanguíneos oculares; boca seca; aumento do apetite e tontura.

De acordo com o acompanhamento realizado, *Fulano de Tal* sugere boa assimilação frente as conseqüências dos atos delitivos praticados e ao não cumprimento anterior da progressão de regime.

Intramuros está trabalhando no descasque de mandioca, vem remindo pena no setor educacional, com boa produtividade. Não recebe visitas de familiares e está cursando a 2ª fase do Ensino Fundamental do EJA, nesta Unidade Penal.

CONCLUSÃO:

De acordo com o acompanhamento psicológico realizado, e reavaliação com nova aplicação de teste de personalidade visando estabelecer comparativo do início do processo avaliativo e de acompanhamento ressalta-se que: o interno



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

demonstra maior entendimento quanto a necessidade de mudanças pessoais e interpessoais, incluindo a abstinência ao uso de droga. Sendo assim, observa-se a necessidade da continuidade do acompanhamento psicológico quando em cumprimento de regime de pena mais brando, com inserção em labor remunerado e continuidade da escolarização. Ressalta-se a importância de freqüentar o grupo de ajuda mútua, Narcóticos Anônimos - NA, na tentativa de auxiliar *Fulano de Tal* a traçar novas perspectivas de vida.

Cidade/MS, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Psicólogo
Número de inscrição no CRP



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELOS DE ATUAÇÃO PSICOSSOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE



MODELO 1 – SETOR DE SAÚDE

FICHA DE TRIAGEM

NOME: _____

CARTÃO SUS Nº: _____

PRONTUÁRIO Nº.: _____

NATURALIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

FILIAÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

RECEBE VISITAS? (QUEM) _____

FILHOS? QUANTOS? NOMINAR: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

ENTRADA NA UNIDADE PENAL. ___/___/___ ARTIGO: _____

MOTIVO DA CONSULTA:

SINTOMAS PRINCIPAIS (DESCRIÇÃO/QUEIXA): _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

MEDICAÇÃO: _____



HISTÓRICO PESSOAL:

Obs.: Verificar a Ficha de Inclusão Inicial e anotar somente dados relevantes a saúde.

1. E alérgico a algum medicamento? Sim () Não ()
 2. Já tomou penicilina? Sim () Não()
 3. Já Sofreu desmaio? Sim () Não()
 4. Sente cansaço com pequenos esforços? Sim () Não ()
 5. E cardíaco? Sim () Não ()
 6. Tem antecedentes cardíacos? Sim () Não ()
 7. E hipertenso? Sim () Não()
 8. E diabético? Sim () Não ()
 9. Tem problemas de visão? Sim () Não()
 10. Já Teve hemorragias? Sim () Não()
 11. Já fez exame de HIV? Sim () Não()
 12. Já fez exame de TB? Sim () Não()
 13. Já fez exame de Hepatite B/C? Sim () Não ()
 14. Já teve/tem doença venérea? Sim () Não ()
 15. Sente dor de cabeça? Sim () Não()
 16. É dependente químico? Sim () Não()
 17. Já teve membros fraturados? Sim () Não()
 18. Já passou por cirurgia? Sim () Não()
 19. Já sofreu acidente ? Sim () Não()
 20. Toma medicação controlada? Sim () Não()
 21. Tem problemas psiquiátricos? Sim () Não()
 22. Tem problemas de visão – usa lente/óculos? Sim () Não()
 23. Doenças em pessoas da família (hipertensão, diabetes, etc): _____
-
24. Vacinação em dia? Sim () Não()



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 2 – SETOR DE SAÚDE
DECLARAÇÃO PARA ENTREGA DE MEDICAÇÃO

Eu, _____ portador (a) do documento nº _____ na condição de _____ do custodiado _____,

Declaro para os devidos fins que o mesmo solicitou independente de prescrição médica, a medicação abaixo descrita, ficando sob a minha responsabilidade a aquisição da mesma.

Por fim, solicito que ao Setor de Saúde fique apenas a incumbência de encaminhá-lo.

Medicação: _____

OBS:

Data de Entrega: _____

Recebido por: _____

Função do Servidor: _____

Nome do Familiar (por extenso)



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 3 – SETOR DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE RECUSA DE ESCOLTA/SAÚDE

Eu, _____ atualmente alojado no Pavilhão _____ cela _____ declaro para os devidos fins que por motivos particulares recusei-me a ser escoltado no dia ____/____/____ para realizar _____, previamente agendado pelo Setor de Saúde desta Unidade Penal.

OBS:

Assinatura do Interno (por extenso)

Cidade/MS, ____/____/_____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 4 – SETOR DE SAÚDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECUSA DE MEDICAÇÃO

Eu, _____, interno do
_____ (Unidade Penal), afirmo ter sido atendido por
_____, no Setor de Saúde
deste Estabelecimento Penal, porém me recuso a fazer uso de quaisquer tipo
de medicação e/ou me submeter a procedimentos para amenizar o problema.

Assinatura do Interno (por extenso)

Cidade/MS, ___/___/_____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 5 – SETOR DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o interno _____, recluso nesta Unidade Penal, está no ____ mês de tratamento de Tuberculose (CID A15), conforme cópia de receita de medicamentos, assinada pelo Médico Infectologista Dr. _____.

Ressaltamos que deverá continuar o tratamento até o ____ mês, sem interrupções.

Cidade/MS, ____/____/_____.

Dr. (Médico Responsável pelo Tratamento)

CRM MS _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 6 – SETOR DE SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO **INTERNO**

Eu, _____, interno do
_____ (Unidade Penal), declaro estar de posse de/o
_____, pertencentes ao Setor de
Saúde desta Unidade Penal, por tempo indeterminado, me responsabilizando
pelos mesmos até que eu seja transferido deste estabelecimento e/ou melhore
meu problema de saúde.

Assinatura do Interno (por extenso)

Cidade/MS, ___/___/_____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 7 – SETOR DE SAÚDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECUSA DE MEDICAÇÃO
PSICOTRÓPICA

Eu, _____, interno do
_____ (Unidade Penal), afirmo que até então, fazia
uso de medicação psicotrópica _____
(discriminar), porém declaro que me recuso a fazer uso dos medicamentos
citados a partir da presente data.

Assinatura do Interno (por extenso)

Cidade/MS, ___/___/_____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 8 – SETOR DE SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECUSA DE ATENDIMENTO MÉDICO

Eu, _____, interno do
_____ (Unidade Penal), declaro que me recusei a
passar por atendimento médico com o profissional da área de
_____, que atende nesse Estabelecimento Prisional,
embora faça uso de medicamentos controlados, prescritos por
_____ (Médico Responsável).

Assinatura do Interno (por extenso)

Cidade/MS, ___/___/_____.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

MODELO 9 – SETOR DE SAÚDE
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO

NOME: _____

FILIAÇÃO: _____

NATURALIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

PATOLOGIA: _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS: _____

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL: _____

FUNÇÃO RENAL: _____

PATOLOGIA ANTERIORES: _____

CONDUTA DIETOTERÁPICA: _____

Cidade/MS, ___/___/_____.

Assinatura e Carimbo do Profissional



MODELO 10 – SETOR DE SAÚDE
MODELO MENSAL DE ATENDIMENTO DO RELATÓRIO DO SETOR DE
SAÚDE

PLANILHA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO	TOTAL	EXAMES	TOTAL
CLÍNICA GERAL		SANGUE	
PSICOLOGIA		ESCARRO	
NEUROLOGIA		URINA	
CARDIOLOGIA		FEZES	
ORTOPEDIA		ENDOSCOPIA	
OFTALMOLOGIA		ELETROENCEFALOGRAMA	
UROLOGIA		ELETROCARDIOGRAMA	
GINECOLOGIA		RAIO-X (DIVERSOS)	
ODONTOLOGIA		ULTRASSONOGRRAFIA	
PSICOLOGIA		COLPOSCOPIA	
SERVIÇO SOCIAL		RESSONANCIA MAGNÉTICA	
ENFERMAGEM		OUTROS EXAMES:	
NUTRIÇÃO			
OUTROS			
SAÚDE MENTAL		TOTAL	
DOENTE PSIQUIÁTRICO			
USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS			
MEDIDA DE TRATAMENTO JUDICIAL			

Cont.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO – AGEPEN
NOME DA UNIDADE PENAL E/OU ASSISTENCIAL

CASOS EXISTENTES			
DOENÇA	TOTAL	DOENÇA	TOTAL
DST		HEPATITE C	
HIV		CHAGAS	
DOENÇA DE PELE		CANCER	
HANSENIASE		TUBERCULOSE	
DIABETES		DEFICIÊNCIA FÍSICA	
HIPERTENSÃO		LEISHIMANIOSE	
HEPATITE B		OUTROS CASOS	
ENCAMINHAMENTOS		TOTAL	
HOSPITAL			
UNIDADE DE SAÚDE			
INTERNAÇÕES			
MATERNIDADE			
CIRURGIA			
OUTROS CASOS			

Nº. DE PALESTRAS EDUCATIVAS: _____

TEMA DAS PALESTRAS: _____