

ENCAMINHAMENTO

- HC/REVOGAÇÃO
 NUDPDH
 AVISAR FAMÍLIA



**DEFENSORIA
PÚBLICA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO**
NÚCLEO DE AUDIÊNCIAS DE CUSTÓDIA

POLO DE AUDIÊNCIA

(COMARCA)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PESSOAL**DADOS GERAIS**

() NÃO APRESENTADO: HOSPITALIZADO.

PROCESSO Nº: _____

APFD/OF. Nº: _____

PRISÃO: ____/____/____

AUDIÊNCIA: ____/____/____

DEFENSOR(A) PÚBLICO(A)

JUIZ(A)

RESULTADO DA AUDIÊNCIA DE CUSTÓDIA

() FLAGRANTE CONVERTIDO EM PREVENTIVA

() LIBERDADE PROVISÓRIA: ()c/CAUTELAR()s/CAUTELAR ()c/PROTETIVA

() PRISÃO DOMICILIAR: () GESTANTE () LACTANTE () MÃE () _____

() RELAXAMENTO DE PRISÃO: () EXCESSO DE PRAZO () TORTURA/MAUS TRATOS () AUSÊNCIA DE FLAGRANTE () _____

() RELAXAMENTO DE PRISÃO + DECRETAÇÃO DA PREVENTIVA

() INSTAURAÇÃO DE INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

CUSTODIADO ALGEMADO DURANTE AUDIÊNCIA: () SIM () NÃO

INFORMAÇÕES SOBRE A PRISÃO ATUAL

DELEGACIA DE ORIGEM: _____ IMPUTAÇÃO DO APF: () 129 §9º () 147 () 155 () 157 () 33 () 35 () 244-B

() CONSUMADO () TENTADO

() OUTRO: _____

FIXADA FIANÇA? () NÃO () SIM R\$ _____ FOI INFORMADO? () NÃO () SIM PODE PAGAR? () NÃO () SIM

DADOS PESSOAIS E SOCIAIS DO CUSTODIADO E CONTATO DA FAMÍLIA

NOME: _____ IDADE: _____

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () MORA JUNTO () CASADO () SEPARADO JUDICIAL () DIVORCIADO () VIÚVO

ENDEREÇO ATUAL: () MESMO DA FAC () MESMO DO APF () SITUAÇÃO DE RUA (INCLUIR BAIRRO) () OUTRO: _____

COR DA PELE (AUTODECLARAÇÃO): () BRANCO () PARDO () PRETO () AMARELO_{ORIENTAL} () INDÍGENA

SABE LER E ESCREVER () SIM () NÃO () POUCO () SÓ O NOME

ESCOLARIDADE: ENSINO: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR / () INCOMPLETO () COMPLETO () EM CURSO

SEXO: () MASCULINO () FEMININO* () TRANSGÊNERO - NOMESOCIAL: _____

*GESTANTE? () NÃO () SIM TEMPO GESTACIONAL: _____ *LACTANTE? () NÃO () SIM

FILHOS MENORES DE 12 ANOS? () NÃO () SIM () COMPANHEIRA GRÁVIDA QUANTOS? ____ IDADE: _____

MORA c/ ALGUM DOS MENORES DE 12 ANOS? () NÃO () SIM FILHOS c/ DEFICIÊNCIA? () NÃO () SIM

CONTATO FAMILIAR: _____ PARENTE: _____ TEL: _____

_____ PARENTE: _____ TEL: _____

SAÚDE DO CUSTODIADO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

DOENÇA? () NÃO () SIM () TRANSTORNO MENTAL QUAL? _____ MEDICAMENTO (USO CONTINUO): _____

USA DROGA? () NÃO () SIM QUAL? () MACONHA () COCAÍNA () CRACK DEPENDENTE? () NÃO () SIM

JÁ FOI ATENDIDO NO CAPS?(CASOS DE SAÚDE MENTAL/DEPENDÊNCIA QUÍMICA) () NÃO () SIM QUAL? _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL: _____ CTPS ASSINADA HOJE? () NÃO () SIM RENDA: _____

SOBRE EVENTUAL TORTURA OU TRATAMENTO CRUEL, DESUMANO OU DEGRADANTE*

SOFREU AGRSSÕES () FÍSICAS OU () PSICOLÓGICAS POR OCASIÃO DA PRISÃO? () NÃO () SIM

DE QUE TIPO: _____

ESCLAREÇA MELHOR COMO OCORREU A TORTURA (OU OUTROS TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES)? _____

(*CONSIGNAR EM ATA)



DEFENSORIA
PÚBLICA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO

NÚCLEO DE AUDIÊNCIAS DE CUSTÓDIA

LOCAL DA AGRESSÃO: () LOCAL DO FATO () DELEGACIA () VIATURA POLICIAL () UNIDADE PRISIONAL
() OUTRO LOCAL: _____

PODE IDENTIFICAR VISUALMENTE O AGRESSOR? () NÃO () POPULARES () PM () POLICIAL CIVIL () AGENTE
PENITENCIÁRIO () GUARDA MUNICIPAL () SEGURANÇA PRIVADA () OUTRO: _____

NOME OU CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO AGRESSOR: _____

HÁ LESÃO APARENTE: () NÃO () SIM. **DESCREVA:** _____

(CASO HAJA LESÃO APARENTE, FOTOGRAFAR E ANEXAR AO PRESENTE, COM CONSENTIMENTO DO CUSTODIADO)

FEZ PERÍCIA? () NÃO () SIM. **NO MOMENTO DO EXAME, INFORMOU TER SOFRIDO AGRESSÕES?** () SIM () NÃO

RECEBEU ALIMENTAÇÃO/ÁGUA POTÁVEL? () AMBOS () APENAS ALIMENTAÇÃO () APENAS ÁGUA () NÃO*

*ALGUM FAMILIAR FOI IMPEDIDO DE ENTREGAR ALIMENTAÇÃO? () SIM () NÃO

QUAL ALIMENTAÇÃO FOI FORNECIDA? _____

QUEM FORNECEU A ALIMENTAÇÃO? () POLICIAIS () FAMILIAR () OUTROS: _____

HÁ QUANTAS HORAS ESTÁ PRESO? _____ **NESSE PERÍODO, QUANTAS VEZES FOI ALIMENTADO?** _____

CONTROLE DA ATIVIDADE DE POLICIAMENTO OSTENSIVO E DA PRISÃO/CAPTURE

AO RECEBER VOZ DE PRISÃO, FOI INFORMADO DO QUE ESTÁ SENDO ACUSADO? () NÃO () SIM

AO RECEBER VOZ DE PRISÃO, FOI INFORMADO QUE PODERIA FICAR EM SILÊNCIO? () NÃO () SIM

ENQUANTO ESTEVE SOB A CUSTÓDIA POLICIAL, FOI FOTOGRAFADO OU FILMADO PARA OUTROS FINS QUE NÃO

BANCOS DE DADOS DA POLÍCIA (FICHA POLICIAL/FOLHA DE ROSTO)? () NÃO () SIM

VERSÃO DO CUSTODIADO PARA OS FATOS NARRADOS NO APF E OUTRAS TESTEMUNHAS

() FLAGRANTE FORJADO () VIOLAÇÃO DE DOMICÍLIO () VIOLAÇÃO DE SIGILO (CELULAR) () CONFISSÃO INFORMAL

HÁ TESTEMUNHAS DO FATOS? () NÃO () SIM. **NOME E CONTATO:** _____

ANTECEDENTES CRIMINAIS

JÁ FOI PRESO ou PROCESSADO ANTES? () NÃO () SIM | () PRIMÁRIO () REINCENTE

ESTAVA EM GOZO DE ALGUM BENEFÍCIO DA EXECUÇÃO PENAL? () NÃO () SIM.

RESPONDEU A PROCEDIMENTO INFRACIONAL QUANDO MENOR? () NÃO () SIM

DO CONSENTIMENTO DA VÍTIMA DE TORTURA

O CUSTODIADO INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE TORTURA E/OU OUTROS TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES, CONFORME DESCRIÇÃO DESTE FORMULÁRIO. DECLARA AINDA QUE NÃO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS PARA ARCAR COM AS DESPESAS PROCESSUAIS SEM PREJUÍZO DO PRÓPRIO SUSTENTO E DE SUA FAMÍLIA, **CONSENTINDO COM A ADOÇÃO DAS SEGUINTE MEDIDAS:**

() PEDIDO DE INSTAURAÇÃO DE **INVESTIGAÇÃO CRIMINAL**;

() AJUIZAMENTO DE **AÇÃO INDENIZATÓRIA** (DANO MORAL);

() **REPRESENTAÇÃO POR FALTA FUNCIONAL** CONTRA O AGRESSOR;

() **NÃO TEM INTERESSE** EM QUALQUER MEDIDA