**ANEXO I**

**Formulário de Inspeção dos**

**Estabelecimentos Prisionais (Covid-19)**

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS GERAIS | |
| Nome do Estabelecimento Prisional: |  |
| Município: |  |
| Promotor(a) de Justiça Responsável: |  |
| Promotoria de Justiça Responsável: |  |
| Data da Inspeção/Visita: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUANTITATIVOS | | |
| Situação do Estabelecimento | FEMININO | MASCULINO |
| Capacidade: |  |  |
| Lotação Atual: |  |  |
| **Quantitativo de Presos do Grupo de Risco (Covid-19)** | | |
| Presos(as) acima de 60 anos: |  |  |
| Presos(as) com obesidade (especialmente com IMC igual ou superior a 40): |  |  |
| Presos(as) com doenças crônicas ou respiratórias: |  |  |
| Presas gestantes de alto risco: |  |  |
| Puérperas até duas semanas após o parto: |  |  |
| Outros: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA EM FACE DA PANDEMIA DA COVID-19  (Marque as estruturas existentes) | | |
| Existe cela separada para presos(as) suspeitos ou confirmados de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, tem presos(as) custodiados(as) na cela? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Estão sendo realizados testes para confirmação de casos de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, quantos(as) presos(as) foram confirmados(as)? |  | |
| Em caso positivo, quantos servidores foram confirmados? |  | |
| Estão sendo realizadas visitas sociais por meio virtual? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, quantas foram realizadas? |  | |
| Os(as) presos(as) estão recebendo assistência jurídica? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Os(as) presos(as) estão recebendo assistência religiosa? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve intensificação nas ações de saúde? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, em que consistem as ações? |  | |
| Há limpeza e higienização de todos os ambientes da unidade prisional de forma regular? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há abastecimento de alimentos e kits de higiene pessoal aos(as) presos(as) e policiais penais? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há fornecimento e disponibilidade de água própria para consumo humano durante o dia todo? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há cela separada para o(a) preso(a) ingressante permanecer em quarentena? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Existe cela separada para os(as) presos(as) integrantes do grupo de risco? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve disponibilização de EPI’s para os policiais penais? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve disponibilização de EPI’s para os(as) presos(as) | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há assistência à saúde na Unidade com equipe especializada? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Os policiais penais foram submetidos a treinamento sobre protocolos de saúde a serem adotados no contexto da pandemia de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Estão sendo realizadas ações de educação em saúde e informações sobre a Covid-19 para as pessoas privadas de liberdade? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| As condições dos locais destinados ao isolamento para casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 respeitam os princípios da dignidade da pessoa humana? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Estão sendo realizadas as vacinações para H1N1 e Pneumo 23 das pessoas privadas de liberdade e policiais penais? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foram adotadas providências para evitar o transporte compartilhado de pessoas privadas de liberdade, garantindo-se manutenção de distância respiratória mínima e a salubridade do veículo? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi adotado planejamento preventivo para as hipóteses de agentes públicos com suspeita ou confirmação de diagnóstico de Covid-19, de modo a promover o seu afastamento e substituição, considerando-se a possibilidade de revisão de escalas e adoção de regime de plantão diferenciado? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi promovido o acréscimo dos estoques de insumos para prevenção e enfrentamento do quadro de pandemia (tais como álcool em gel, luvas, máscaras e óculos de proteção, água sanitária e/ou hipoclorito de sódio, sabonete, sabão em pó, sabão em barra)? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi realizada a ampliação do tempo diário do procedimento de banho de sol, de modo escalonado e evitando-se aglomerações? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi promovido o abastecimento da farmácia, ou equivalente na unidade, com suprimentos dirigidos ao quadro da pandemia? | SIM ( ) | NÃO ( ) |

|  |
| --- |
| OBSERVAÇÕES DO(A) PROMOTOR(A) DE JUSTIÇA RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO E/OU VISITA |
|  |

**ANEXO II**

**Formulário de Inspeção dos**

**Estabelecimentos Socioeducativos (Covid-19)**

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS GERAIS | |
| Nome do Estabelecimento Socioeducativo: |  |
| Município: |  |
| Promotor(a) de Justiça Responsável: |  |
| Promotoria de Justiça Responsável: |  |
| Data da Inspeção/Visita: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUANTITATIVOS | | |
| Situação do Estabelecimento Socioeducativo | FEMININO | MASCULINO |
| Capacidade de ocupação: |  |  |
| Lotação Atual: |  |  |
| **Grupo de Risco (Covid-19)** |  |  |
| Internos(as) com obesidade (especialmente com IMC igual ou superior a 40): |  |  |
| Internas gestantes de alto risco: |  |  |
| Puérperas até duas semanas após o parto: |  |  |
| Internos(as) com doenças crônicas ou respiratórias: |  |  |
| Outros: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA EM FACE DA PANDEMIA DA COVID-19  (Marque as estruturas existentes) | | |
| Existe alojamento separado para internos(as) suspeitos ou confirmados de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, tem internos(as) no alojamento? |  | |
| Estão sendo realizados testes para confirmação de casos de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, quantos(as) internos(as) foram confirmados(as)? |  | |
| Em caso positivo, quantos servidores foram confirmados? |  | |
| Estão sendo realizadas visitas sociais por meio virtual? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, quantas foram realizadas? |  | |
| Os(as) internos(as) estão recebendo assistência jurídica? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Os(as) internos(as) estão recebendo assistência religiosa? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve intensificação nas ações de saúde? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Em caso positivo, em que consistem as ações? |  | |
| Há limpeza e higienização de todos os ambientes da unidade socioeducativa de forma regular? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há abastecimento de alimentos e kits de higiene pessoal aos(as) internos(as) e agentes socioeducativos? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há fornecimento e disponibilidade de água própria para consumo humano durante o dia todo? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há alojamento separado para o(a) interno(a) ingressante permanecer em quarentena? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Existe alojamento separado para os(as) internos(as) integrantes do grupo de risco? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve disponibilização de EPI’s para os agentes socioeducativos? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Houve disponibilização de EPI’s para os(as) internos(as) | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Há assistência à saúde na Unidade com equipe especializada? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Os agentes socioeducativos foram submetidos a treinamento sobre protocolos de saúde a serem adotados no contexto da pandemia de Covid-19? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Estão sendo realizadas ações de educação em saúde e informações sobre a Covid-19 para os adolescentes internados? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| As condições dos locais destinados ao isolamento para casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 respeitam os princípios da dignidade da pessoa humana? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Estão sendo realizadas as vacinações para H1N1 e Pneumo 23 dos adolescentes internados e agentes socioeducativos? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foram adotadas providências para evitar o transporte compartilhado dos adolescentes internados, garantindo-se manutenção de distância respiratória mínima e a salubridade do veículo? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi adotado planejamento preventivo para as hipóteses de agentes públicos com suspeita ou confirmação de diagnóstico de Covid-19, de modo a promover o seu afastamento e substituição, considerando-se a possibilidade de revisão de escalas e adoção de regime de plantão diferenciado? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi promovido o acréscimo dos estoques de insumos para prevenção e enfrentamento do quadro de pandemia (tais como álcool em gel, luvas, máscaras e óculos de proteção, água sanitária e/ou hipoclorito de sódio, sabonete, sabão em pó, sabão em barra)? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi realizada a ampliação do tempo diário do procedimento de banho de sol, de modo escalonado e evitando-se aglomerações? | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Foi promovido o abastecimento da farmácia, ou equivalente no estabelecimento, com suprimentos dirigidos ao quadro da pandemia? | SIM ( ) | NÃO ( ) |

|  |
| --- |
| OBSERVAÇÕES DO(A) PROMOTOR(A) DE JUSTIÇA RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO E/OU VISITA |
|  |