**ANEXO I da Resolução DPGE 239 de 2021**

(Publicada no DOEMS 10.421)

**Formulário de Entrevista Pessoal na audiência de Custódia**

Defensor(a) Público(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do atendimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Número do Processo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vara: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comarca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados da Pessoa entrevistada:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade de Gênero: ( ) masculino ( ) feminino ( ) transgenero ( ) outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientação sexual: ( ) heterosexual ( ) homossexual ( ) outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Situação da Moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) morador de rua

Telefones/nomes para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) empregada ( ) desempregada ( ) autônoma ( ) diarista ( ) informal

Renda mensal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autodenominação étnica: ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) amarela ( ) indígena

Estado Civil: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada ( ) Convivente ( ) viúva

Tem filhos? ( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qual(is) idade(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filhos c/ deficiência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quem sustenta os filhos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quem cuida dos filhos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Possui outros dependentes? ( ) sim ( ) não Quem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridade: ( ) não frequentou escola ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo

Possui alguma doença? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Realiza tratamento? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso de medicação? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deficiência: ( ) física ( ) visual ( ) auditiva ( ) intelectual ( ) múltiplas Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Circunstâncias referentes à drogadição:**

É usuário/dependente de droga? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Já foi internado em estabelecimento para tratamento de drogadição? ( ) Sim ( ) Não Nome da clínica e cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quantas vezes foi internado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Já fez tratamento ambulatorial? ( ) Sim ( ) Não Onde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É usuário/dependente de droga? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Faz uso de medicação para tratamento da drogadição? Sim ( ) Não ( )

Em caso positivo, qual medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há quanto tempo usa medicação? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Circunstâncias da prisão ou violência:**

Sofreu alguma violência durante a prisão? ( ) sim ( ) não

Que tipo de agressão? ( ) física ( ) verbal ( ) psicológica Se física, quais as condutas praticadas? ( ) chutes ( ) tapas ( ) socos ( ) pauladas ( ) sufocamento/afogamento ( ) choque ( ) cassetete ( ) outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há lesões aparentes? ( ) sim ( ) não

Em que locais? ( ) cabeça ( ) pescoço ( ) tronco ( ) braços ( ) mãos ( ) pernas ( ) pés ( ) órgãos genitais ( ) outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há lesões internas? ( ) sim ( ) não Em que locais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se verbal, o que foi dito? Comentários depreciativos a respeito do fato de ser pessoa: ( ) preta

( )parda ( ) indígena ( ) homossexual ( ) pobre ( ) com antecedentes ( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se psicológica, quais foram as condutas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há quantos dias/horas está sob custódia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quantos agressores eram? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pode identificar os agressores? ( ) sim ( ) não

Pelo nome? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pelo apelido? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pelas características? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pelo farda/vestuário? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semelhança com alguém afamado? ( ) sim ( ) não Quem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qual veículo utilizado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De qual Polícia? ( ) Civil ( ) Militar ( ) Guarda Municipal ( ) Federal

Pertencem a qual unidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se foi agredido por populares, a polícia estava presente? ( ) sim ( ) não

Há testemunhas das agressões? ( ) sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Em que local ocorreram as agressões? ( ) local do fato ( ) residência ( ) trabalho ( ) Delegacia

( ) pelotão da PM ( ) Presídio ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No momento da prisão, os policiais o entrevistaram, em caráter informal, a respeito do seu envolvimento nos fatos apurados? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso positivo, antes da entrevista, informaram acerca do seu direito constitucional de não responder às perguntas, podendo permanecer em silêncio, sem que isto lhe prejudique? ( ) Sim ( ) Não

Até o momento desta entrevista foi oferecida alguma refeição? ( ) Sim ( ) Não

Até o momento desta entrevista foi oferecida água? ( ) Sim ( ) Não

Problemas de convívio em alguma unidade? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorização para a adoção das seguintes providências:**

Ação de indenização por danos morais: ( ) Sim ( ) Não

Pedido de instauração de investigação criminal: ( ) Sim ( ) Não

Representação por falta funcional contra o agressor: ( ) Sim ( ) Não

( ) Não tem interesse em qualquer medida

Assinatura: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**