



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS  
Av. André Araújo, S/N - Bairro Aleixo - CEP 69060-000 - Manaus - AM - www.tjam.jus.br

**ANEXO****ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA ÀS INTERNAS - REGIME FECHADO**

## APRESENTAÇÃO

Bom dia! Me chamo \_\_\_\_\_, sou \_\_\_\_\_ (profissão) e gostaria de realizar uma entrevista com você para o projeto "Protegendo Filhos, Transformando Vidas", da Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Amazonas (TJAM). O projeto visa garantir os direitos de crianças e adolescentes, filhos de mulheres privadas de liberdade. Dentre as ações do projeto citamos: ação de regularização de guarda, reconhecimento de paternidade, ações de alimentos, emissão de documentação como Certidão de Nascimento, RG, CPF, Carteira de Trabalho, encaminhamentos para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), encaminhamento para cursos profissionalizantes e culturais, viabilização de encontros mães e filhos, ação social de saúde, dentre outros.

Data:

Mês, dia, ano

---

Diante disso, pergunto: Você tem filhos?

 Sim Não

Quantos filhos você tem no total?

 1 2 3 4 5 Outros... \_\_\_\_\_

Quantos filhos abaixo de 17 anos:

 1 2 3 4 5 Outros... \_\_\_\_\_

Se possui filhos abaixo de 17 anos, gostaria de participar do nosso projeto?

 Sim, eu aceito fazer parte do Projeto Protegendo Filhos, Transformando Vidas Não Outros... \_\_\_\_\_

Se houver recusa na participação, citar o nome:

---

Declaração:

 Declaro para os devidos fins que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e autênticas.

Autorização:

 Autorizo que as minhas respostas a este formulário sejam divulgadas pela Coordenadoria da Infância e Juventude - Coij/Tjam, visando a melhoria das condições de vida dos usuários do Projeto. A Coordenadoria resguarda o sigilo das informações.

SITUAÇÃO DA GENITORA

Nome completo da genitora:

---

Naturalidade:

---

Data de nascimento:

---

Idade:

---

Estado Civil:

- Casada (com certidão de casamento)
- Solteira
- Divorciada (judicialmente)
- Viúva
- União estável (com documento expedido pelo Cartório)
- Companheira ou amasiada (sem documento oficial)
- Outros... 

---

Cor ou Raça (conforme classificação do IBGE):

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela
- Indígena
- Outros... 

---

Religião:

- Católica
- Evangélica
- Sem religião
- Espírita
- Religião de matriz africana
- Outros... 

---

Recebe visita:

- Sim
- Não

Se não, porque não recebe visita?

---

Se sim, quem lhe visita e o vínculo:

---

Endereço de moradia (referência)/ bairro/ ponto de referência

---

Escolaridade:

- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Superior completo
- Ensino Superior incompleto

Outros... \_\_\_\_\_

Encontra-se matriculado na rede escolar no sistema prisional?

Sim

Não

Outros... \_\_\_\_\_

Em qual série está matriculada:

---

Quais documentos pessoais NÃO possui:

Certidão de Nascimento

Registro Geral - RG

Cadastro de Pessoa Física - CPF

Carteira de Trabalho (CTPS)

Título de Eleitor

Cartão do SUS

Outros... \_\_\_\_\_

Fez ou está fazendo algum curso profissionalizante na Penitenciária:

Sim

Não

Outros... \_\_\_\_\_

Se sim, quais cursos fez ou está fazendo na Penitenciária?

---

Se não, porque não fez ou não está fazendo curso profissionalizante na Penitenciária?

---

Está em alguma atividade de remissão de pena:

Sim

Não

Outros... \_\_\_\_\_

Se sim, qual(is):

Remissão pelo trabalho

Remissão pelo estudo

Outros... \_\_\_\_\_

Se sim, você está trabalhando em quê?

---

Está trabalhando de forma remunerada (pecúlio penitenciário):

Sim

Não

Outros... \_\_\_\_\_

Qual o valor da remuneração:

Um salário mínimo

Dois salários mínimos

Outros... \_\_\_\_\_

Qual atividade de trabalho remunerado você realiza:

---

Para que você utiliza este dinheiro oriundo do trabalho remunerado:

---

Qual a natureza do delito: especificar o artigo e/ou crime

---

Pena aplicada: especificar quantos anos reclusa no regime fechado

---

Você já foi presa outras vezes (é reincidente no sistema prisional):

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Se sim, quantas vezes foi presa:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Outros...\_\_\_\_\_

Você recebeu o cálculo da pena:

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Você sabe quando termina sua pena:

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Há quanto está presa no regime fechado:

---

Ao todo, quanto tempo está afastada do lar:

---

Você sabe quando terá tempo para progredir de regime:

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

#### SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR

Antes de ser presa, com quem você morava (especifique o nome - vínculo - idade - ocupação - renda:

---

Você recebia algum benefício socioassistencial:

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Se sim, qual o nome do benefício socioassistencial:

- Programa Bolsa Família
- Benefício de Prestação Continuada
- Outros...\_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE SAÚDE

Você está grávida:

- Sim  
 Não

Se sim, com quantas semanas de gravidez:

---

Está fazendo o pré-natal:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Você possui algum problema de saúde:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamentos:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Se sim, para que serve o medicamento (especifique o nome do remédio):

---

Há quanto tempo faz uso deste(s) medicamento(s):

---

Passou por atendimento psicológico antes de ser presa:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Passou por atendimento psiquiátrico antes de ser presa:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Já fez uso de substância psicoativas:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Quais substâncias psicoativas você usou:

---

Já fez tratamento para dependência química:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Há na sua família pessoas com deficiência:

- Sim  
 Não  
 Outros... \_\_\_\_\_

Se sim, qual o tipo de deficiência:

---

## SITUAÇÃO DOS FILHOS

Nome completo dos filhos abaixo de 17 anos - idade

---

Número de filhos de 0 a 2 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Número de filhos de 3 a 5 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Número de filhos de 6 a 8 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Número de filhos de 9 a 11 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Número de filhos de 12 a 14 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Número de filhos de 15 a 17 anos:

- 1  
 2  
 3  
 Outros... \_\_\_\_\_

Quem está se responsabilizando pelos seus filhos: especifique o nome, vínculo com a criança e se possui guarda legal. Ex. Criança 1 - Maria - Avó paterna - não possui guarda legal

---

Especifique a situação das crianças com relação à certidão de nascimento. Possui Certidão de Nascimento? Possui o nome do pai na certidão? Ex. Criança 1 - Sim - Não

---

As crianças possuem convivência com o genitor e o motivo e/ou informações relevantes: Ex. Criança 1 - não possui convivência - pai falecido

---

Especifique a situação das crianças com relação ao RG - CPF - CTPS. Possui RG? Possui CPF? Possui Carteira de trabalho? Ex. Criança 1 - Sim - Não - Não

---

Situação Escolar das crianças: Especifique a escolaridade, se está matriculado, nome da escola. Ex. Criança 1 - 4 ano EF - Sim - Esc. Mul. Maria José

---

Situação de saúde das crianças: Especifique situação de saúde, tipo de deficiência, tipo de doença, tipo de doença crônica\*, se possui cartão de vacina, se frequenta o pediatra e onde. Ex. Criança 1 - boa saúde - não - possui cartão de vacina - sim, na UBS Miranda Leão. \*\*Doenças crônicas são aquelas de progressão lenta e longa duração, que muitas vezes levamos por toda a vida. Podem ser silenciosas ou sintomáticas, comprometendo a qualidade de vida. Nos dois casos, representam risco para o paciente. (...) Entre as principais DCNT estão: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, DPO, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia)". Acesso em 26 de agosto in: <https://www.ladoaladopelavida.org.br/doencas-chronicas-o-que-e-doencas-autoadquiridas> (grifos nossos).

---

Contato e endereço do responsável pela(s) criança(s): Ex. Criança 1 - 9999999 - end. gggg

---

Você tem recebido visitas, telefonemas ou videochamadas de seu(s) filho(s):

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Detalhe a questão da sua convivência com seus filhos, como está ocorrendo:

---

Você acha que seu(s) filho(s) precisam de acompanhamento psicológico:

- Sim
- Não
- Outros...\_\_\_\_\_

Se sim, qual o motivo da necessidade de acompanhamento psicológico de seu(s) filho(s): Perguntar se a criança / adolescente demonstra problemas de autoestima e/ou mudança de comportamento/desempenho escolar após a prisão ou outro momento marcante e/ou interage bem com outras crianças.

---

QUANDO VOCÊ SAIR DO SISTEMA PRISIONAL, O QUE VAI MUDAR NA RELAÇÃO COM SEUS FILHOS?

---

LEVANTAMENTO DA DEMANDA PARA O PROJETO PROTEGENDO FILHOS:

- Ação de regularização de guarda
- Ação de regularização de pensão alimentícia
- Ação de reconhecimento de paternidade
- Ação de medida de proteção devido situação de violação de direitos (acionar o Juizado da Infância e Juventude Cível)
- Emissão de Certidão de Nascimento
- Emissão de RG
- Emissão de CPF
- Emissão de Carteira de Trabalho
- Encaminhamento para o Centro de Referência de Assistência Social - Cras
- Encaminhamento para o Centro Especialização de Assistência Social - Creas
- Encaminhamento para matrícula escolar
- Encaminhamento para acompanhamento sociopsicopedagógico
- Encaminhamento acompanhamento psicológico
- Encaminhamento para acompanhamento de saúde no SUS
- Encaminhamento para cursos profissionalizantes
- Encaminhamento para cursos culturais
- Viabilização de encontros mães e filhos - visitas virtuais ou presenciais
- Outros...\_\_\_\_\_

REGISTRO DE INFORMAÇÕES/ OBSERVAÇÕES GERAIS:

---

Responsável pelo preenchimento do formulário (Cargo - Instituição):

---



Documento assinado eletronicamente por **Domingos Jorge Chalub Pereira, Presidente**, em 23/09/2021, às 08:51, conforme art. 1º, III, "a", da Lei 11.419/2006. N° de Série do Certificado: 4253403575168117555



Documento assinado eletronicamente por **MARCOS APOLO MUNIZ DE ARAÚJO, Usuário Externo**, em 24/09/2021, às 15:09, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **JOANA DOS SANTOS MEIRELLES, Desembargadora de Justiça**, em 05/10/2021, às 11:44, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **PALOMA ANDRADE CORREA, Analista Judiciário**, em 08/10/2021, às 10:26, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA LIZARDO GOMES DE AZEVEDO, Assistente Judiciário**, em 08/10/2021, às 12:02, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [https://sei.tjam.jus.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.tjam.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) informando o código verificador **0342316** e o código CRC **2B1C94F2**.