

ANEXOS:

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.



PROTEGENDO FILHOS TRANSFORMANDO VIDAS

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 matriculado:

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 - 99999999 - 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):

Anexo 2 - Formulário de Entrevista aos responsáveis pelos filhos das mulheres privadas de liberdade

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.



PROTEGENDO FILHOS TRANSFORMANDO VIDAS

Data:
Mês, dia, ano

Local da entrevista:

- Visita domiciliar
- Atendimento social
- Outros... _____

Nome da genitora (reclusa):

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 DO RESPONSÁVEL PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Quem é o responsável pelas crianças e adolescentes, filhos de mulheres privadas de liberdade:

- A própria genitora
- Avó materna
- Avô paterna
- Tio materno
- Tia materna
- Irmã(o)
- Outros... _____

Nome completo do responsável:

Idade do responsável:

Tempo de convivência com a criança/ adolescente:

Estado Civil:

- Casado (com certidão de casamento)
- Solteiro
- Divorciado (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... _____

Escolaridade:

- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Superior completo
- Ensino Superior incompleto
- Outros... _____

Endereço de moradia/ bairro/ ponto de referência

Contato telefônico (se possível, mais de um número):

SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR

Com quem você mora? (especifique o nome - vínculo - idade - ocupação - renda:

Você recebe algum benefício socioassistencial:

- Sim
- Não
- Outros... _____

Se sim, qual o nome do benefício socioassistencial e/ou previdenciário:

- Programa Bolsa Família
- Benefício de Prestação Continuada
- Outros... _____

Complemente informações sobre a condição socioeconômica e sociofamiliar:

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Situação da casa:

- Própria
- Alugada
- Cedida
- Financiada
- Outros... _____

Tipo de habitação:

- Madeira
- Alvenaria
- Mista (madeira e alvenaria)
- Outros... _____

Número de cômodos:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Outros... _____

A rua é asfaltada:

- Sim

- Não
 Outros... _____

A rua possui iluminação pública:

- Sim
 Não
 Outros... _____

A energia elétrica é:

- Com contador
 Sem contador
 Outros... _____

Abastecimento de água é:

- Rede geral
 Poço
 Outros... _____

SITUAÇÃO DOS FILHOS - Protegendo 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-cronicas-o-que-e-doencas-autoadquiridas> (grifos nossos).

A(s) criança(s) e/ou adolescente(s) precisa(m) de acompanhamento psicológico? *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.

- Sim
 Não
 Outros... _____

Se sim, especifique o nome da criança e o motivo do acompanhamento psicológico:

Situação da guarda das crianças e adolescentes: (especifique nome da criança - responsável - vínculo - se possui guarda legal) Ex. Maria - Sr. João - tio materno - não possui guarda

Detalhe como está ocorrendo a convivência com a genitora?

REGISTRO DE INFORMAÇÕES/ OBSERVAÇÕES GERAIS:

LEVANTAMENTO DA DEMANDA PARA O PROJETO PROTEGENDO FILHOS:

Responsável pelo preenchimento do formulário (Cargo - Instituição):



Documento assinado eletronicamente por **Domingos Jorge Chalub Pereira, Presidente**, em 09/11/2021, às 11:36, conforme art. 1º, III, "a", da Lei 11.419/2006. N° de Série do Certificado: 4253403575168117555



Documento assinado eletronicamente por **JOANA DOS SANTOS MEIRELLES, Desembargadora de Justiça**, em 10/11/2021, às 12:25, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA JOSEPHA PENELLA PÊGAS CHAVES, Usuário Externo**, em 11/11/2021, às 15:46, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Caroline Pantoja de Souza, Servidor**, em 12/11/2021, às 08:27, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **PALOMA ANDRADE CORREA, Analista Judiciário**, em 12/11/2021, às 08:28, 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 informando o código verificador **0376729** e o código CRC **FD9121CD**.