GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

PLANILHA DE INSPEÇÃO - ALIMENTAÇÃO, HIGIENE e SAÚDE

COORDENADORIA:

UNIDADE: **SETOR:**

DATA: **HORA:**

QUESITOS

1. Há horário pré-definido para a alimentação dos servidores/internos?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

2. Há local adequado para os servidores/internos fazerem sua refeição?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

3. A alimentação fornecida pela Unidade atende aos padrões de qualidade e quantidade?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

4. As pessoas que fazem a alimentaçao na Unidade usam os EPI necessários?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

5. As instalações para receber, guardar, preparar ou manipular refeições são adequadas?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

6. Pessoas estranhas ao serviço frequentam a cozinha da Unidade?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

OBS: **Utilizar o verso da planilha para complementar as explicações e indicar as PROVIDÊNCIAS ADOTADAS**

ASSINATURAS	
Coordenador:	**Diretor da Unidade:**
RG:	**RG:**
Servidor da Coord:	**Servidor da Coord:**
RG:	**RG:**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

PLANILHA DE INSPEÇÃO - ALIMENTAÇÃO, HIGIENE e SAÚDE

COORDENADORIA:

UNIDADE: **SETOR:**

DATA: **HORA:**

QUESITOS

7. Os banheiros e W.C. da Unidade estão funcionando adequadamente?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

8. Os banheiros e W.C. da Unidade são limpos periodicamente?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

9. Há vestiários para servidores masculinos e femininos?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

10. Os vestiários dos servidores são limpos periodicamente?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

11. Os servidores tem local específico para guarda de seus pertences?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

12. A arma de fogo dos servidores é guardada em local adequado?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

OBS: **Utilizar o verso da planilha para complementar as explicações e indicar as PROVIDÊNCIAS ADOTADAS**

ASSINATURAS	
Coordenador:	**Diretor da Unidade:**
RG:	**RG:**
Servidor da Coord:	**Servidor da Coord:**
RG:	**RG:**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

PLANILHA DE INSPEÇÃO - ALIMENTAÇÃO, HIGIENE e SAÚDE

COORDENADORIA:

UNIDADE: **SETOR:**

DATA: **HORA:**

QUESITOS

13. As pessoas privadas de liberdade tem o banho de sol periódico?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

14. Há colchões suficientes para as pessoas privadas de liberdade?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

15. As celas, os raios e a radial estão limpas, organizadas e sem obstáculos?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

16. Os raios, as celas e a radial tem semoventes junto às pessoas privadas de liberdade?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

17. As pessoas privadas de liberdade recebem materiais para higiene pessoal?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

18. O pavilhão habitacional recebe mensalmente material e equipamentos de limpeza?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

OBS: **Utilizar o verso da planilha para complementar as explicações e indicar as PROVIDÊNCIAS ADOTADAS**

ASSINATURAS	
Coordenador:	**Diretor da Unidade:**
RG:	**RG:**
Servidor da Coord:	**Servidor da Coord:**
RG:	**RG:**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

PLANILHA DE INSPEÇÃO - ALIMENTAÇÃO, HIGIENE e SAÚDE

COORDENADORIA:

UNIDADE: **SETOR:**

DATA: **HORA:**

QUESITOS

19. As celas dispõe de fornecimento de água?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

20. As pessoas privadas de liberdade tem acesso a banho quente?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

21. As celas estão com o sistema de vaso sanitário funcional?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se NÃO, explique:

_____

_____

22. Há pessoas privadas de liberdade em observção de saúde?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

23. Há pessoas privadas de liberdade em isolamento de saúde?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

24. Há celas desativadas?

SIM ( ) **NÃO ( )**

Se SIM, explique:

_____

_____

OBS: **Utilizar o verso da planilha para complementar as explicações e indicar as PROVIDÊNCIAS ADOTADAS**

ASSINATURAS	
Coordenador:	**Diretor da Unidade:**
RG:	**RG:**
Servidor da Coord:	**Servidor da Coord:**
RG:	**RG:**