

**GUIA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL
(MEDIDA DE SEGURANÇA)**

JUÍZO DE CONHECIMENTO

JUÍZO DA EXECUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

NOME

FILIAÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

PROFISSÃO

GRAU DE INSTRUÇÃO

ESTADO CIVIL

DOCUMENTO(S)

ENDEREÇO(S) COMPLETO(S)

ALCUNHA(S)

OUTRO(S) NOME(S)

DADOS DO PROCESSO CRIMINAL

NÚMERO DO PROCESSO DE ORIGEM

ÓRGÃO DE ORIGEM

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO DELITO

TIPIFICAÇÃO PENAL

DATA DO FATO RECEBIMENTO DA DENÚNCIA/QUEIXA DATA DA PUBLICAÇÃO DA PRONÚNCIA

--	--	--

DATA DA PUBLICAÇÃO DA SENTENÇA DATA DA PUBLICAÇÃO DO ACÓRDÃO ÓRGÃO DO TRIBUNAL

--	--	--

DATA DO TRÂNSITO EM JULGADO PARA DEFESA DATA DO TRÂNSITO EM JULGADO PARA O MP

--	--

SUSPENSÃO PELO ARTIGO 366 DO CPP

--

PRAZO MÍNIMO DO INTERNAMENTO

--

NOME DO(A) CURADOR(A)

--

NOME DO(A) DEFENSOR(A)

--

CONDIÇÕES IMPOSTAS

--

OBSERVAÇÃO

--

CERTIFICO QUE OS DADOS AQUI LANÇADOS FORAM POR MIM CONFERIDOS. DOU FÉ.

_____, ____ DE ____ DE ____.

ESCRIVÃO(A) JUDICIÁRIO(A) / CHEFE DE SECRETARIA

JUIZ(A)