



**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME**  
**SECRETARIA-EXECUTIVA**  
**DEPARTAMENTO DE ENTIDADES DE APOIO E ACOLHIMENTO ATUANTES EM ÁLCOOL E DROGAS**

**ANEXO IV**

**PARECER DO ÓRGÃO DO ESTADO OU MUNICÍPIO**

<b>Instituição:</b>	
Endereço:	
Bairro:	
CEP:	
Estado/Município:	
Telefones (com código de área):	
E-mail institucional:	
<b>Capacidade da instituição</b> (verificada em visita <i>in loco</i> ):	
Número de vagas para <b>adultos masculino</b> : _____	
Número de vagas para <b>adultos feminino</b> : _____	
Número de vagas para <b>mães nutrizes</b> : _____	
<b>Infraestrutura da instituição</b> (verificada em visita <i>in loco</i> ):	
<b>ALOJAMENTO</b>	
Possui acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita a livre circulação	
( ) SIM ( ) NÃO	
Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes (sugere-se mínimo de 01 cada 06 acolhidos)	
( ) SIM ( ) NÃO	
Portas dos ambientes de uso dos residentes com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves	
( ) SIM ( ) NÃO	
<b>SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA</b>	
Sala de atendimento individual	( ) SIM ( ) NÃO
Sala de atendimento coletivo	( ) SIM ( ) NÃO
Área para realização de oficinas de trabalho	( ) SIM ( ) NÃO
Área para realização de atividades laborais	( ) SIM ( ) NÃO
Área para prática de atividades desportivas	( ) SIM ( ) NÃO
Área para prática de atividades desportivas	( ) SIM ( ) NÃO
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>	
Possui cozinha	( ) SIM ( ) NÃO
Possui refeitório	( ) SIM ( ) NÃO
Possui lavanderia coletiva	( ) SIM ( ) NÃO
Possui almoxarifado (organizado e limpo)	( ) SIM ( ) NÃO
Possui área para depósito de material de limpeza	( ) SIM ( ) NÃO
Possui abrigo de resíduos sólidos (lixo)	( ) SIM ( ) NÃO

**MEDICAMENTOS**

O responsável técnico assume a responsabilidade pela administração e guarda de medicamentos em uso pelos residentes (individualizados em armário com chaves)

( ) SIM ( ) NÃO

Medicação fica acondicionada junto com a prescrição médica e identificada com o nome do residente.

( ) SIM ( ) NÃO

**EXPERIENCIA**

A entidade possui experiência, nos últimos 2 (dois) anos, de atividades de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

( ) SIM ( ) NÃO

A partir de verificação in loco, realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, manifesto o parecer de que a entidade \_\_\_\_\_ atende aos requisitos dispostos na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/11 – ANVISA, e encontra-se em condições de prestar serviços de acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Para todos os efeitos legais, declaro serem verdadeiras todas as informações registradas neste documento, devidamente preenchido e por mim conferido e assinado.

Local/Data/RG/Carimbo Assinatura (Responsável pelo Parecer e vista in loco – rubricar a primeira página)



Documento assinado eletronicamente por **Diego Mantovaneli do Monte, Coordenador(a)-Geral**, em 25/10/2023, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **14602114** e o código CRC **12434D0B**.