



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

Instituição:	
Endereço:	
Bairro:	
CEP:	
Estado/Município:	
Telefones (com código de área):	
E-mail institucional:	
Capacidade da instituição (verificada em visita <i>in loco</i>):	
Número de vagas para adultos masculino : _____	
Número de vagas para adultos feminino : _____	
Número de vagas para mães nutrizes : _____	
Infraestrutura da instituição (verificada em visita <i>in loco</i>):	
ALOJAMENTO	
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	
SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA	
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
SETOR DE APOIO LOGÍSTICO	
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**.