

## ANEXO IV



### MINISTÉRIO DA CIDADANIA SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS – SENAPRED

#### PARECER DO ÓRGÃO DO ESTADO OU MUNICÍPIO (conforme item 8.12)

<b>Instituição:</b>	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Estado/Município:	
Telefones (com código de área):	
E-mails institucional:	

<b>Capacidade da instituição</b> (verificada em visita <i>in loco</i> ):	
Número de vagas para <b>adultos</b> do sexo masculino:	_____
Número de vagas para <b>adultos</b> do sexo feminino:	_____
Número de vagas para <b>mães nutrizes</b> (destas quantas acompanhadas do lactante):	_____

<b>Infraestrutura da instituição</b> (verificada em visita <i>in loco</i> ):		
<b>ALOJAMENTO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</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		
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)		
Portas dos ambientes de uso dos residentes com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves		
<b>SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Sala de atendimento individual		

Sala de atendimento coletivo		
Área para realização de oficinas de trabalho		
Área para realização de atividades laborais		
Área para prática de atividades desportivas		
São adotadas medidas que promovam a acessibilidade às pessoas com necessidades especiais		
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Possui cozinha		
Possui refeitório		
Possui lavanderia coletiva		
Possui almoxarifado (organizado e limpo)		
Possui área para depósito de material de limpeza		
Possui abrigo de resíduos sólidos (lixo)		
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
O responsável técnico assume a responsabilidade pela administração e guarda de medicamentos em uso pelos residentes (individualizados em armário com chaves)		
Medicação fica acondicionada junto com a prescrição médica e identificada com o nome do residente		

**Considerações finais:**

---



---



---

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)