**ANEXO II**

****

 **MINISTÉRIO DA CIDADANIA**

**SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS – SENAPRED**

**DADOS DA ENTIDADE**

|  |
| --- |
| **Instituição:** |
| CNPJ (especificar se é da matriz ou filial): |
| Endereço: |
| Estado/Município: |
| Telefones (com código de área): |
| E-mail institucional: |
| **Representante Legal:** |
| CPF: | RG: |
| Modalidade de admissão: ( ) voluntária ( ) involuntária |
| Público atendido:( ) **Adultos**( ) Sexo feminino ( ) Sexo masculino ( ) Ambos os sexos ( ) **Mães nutrizes** |
| **Capacidade da instituição** por público:\_\_\_\_\_\_ adultos do sexo masculino\_\_\_\_\_\_ adultos do sexo feminino\_\_\_\_\_\_ Mães nutrizes (destas quantas acompanhadas de lactante): \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| A instituição mantém **vagas financiadas** com o Estado/Município? ( ) Sim ( ) NãoModalidade: ( ) Convênio ( ) ContratoVagas financiadas com o Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar por público) \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_ Fem.Vagas financiadas com o Município: \_\_\_\_\_\_\_ (especificar por público) \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_ Fem.Possui receitas próprias? ( ) Sim ( ) NãoQuais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Outras receitas? Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Possui acesso à **internet**? ( ) Sim ( ) Não |

|  |
| --- |
| Data de validade do **Alvará de Funcionamento**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Enviar cópia |
| Data de validade da **Licença Sanitária**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Enviar cópia |

Para todos os efeitos legais, **declaro serem verdadeiras** todas as informações registradas neste documento, devidamente preenchido e por mim conferido e assinado.

Local/Data/CPF

Assinatura do Representante Legal