**ANEXO III**

****

**MINISTÉRIO DA CIDADANIA**

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

**DA EQUIPE TÉCNICA E DA PROPOSTA DO PROJETO TERAPÊUTICO**

**1. Composição da Equipe Técnica** (nome/cargo/formação/carga horária/tipo de vínculo) – anexar cópia do curriculum dos profissionais.

**Atentar ao previsto no item 5.1.1 – Das Obrigações da Contratada.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **Formação** | **Carga horária** | **Tipo vínculo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2. **Articulação com a rede de saúde, assistência social, dentre outras** (conforme item 8.10 do Edital):

Descreva as atividades que a instituição desenvolve em parceria com a rede saúde e assistência social local; e com outras redes de serviços (correlacionar com as atividades desenvolvidas pela instituição, em especial, as atividades de reinserção social do acolhido previstas na Resolução nº 01/2015 - CONAD):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

3. Descreva o **Projeto Terapêutico** da instituição (conforme o item 8.8 do Edital):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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