# 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)

|  |
| --- |
| **Instituição:** |
| Endereço: |
| Bairro: CEP: |
| Estado/Município: |
| Telefones (com código de área): |
| E-mails institucional: |

|  |
| --- |
| **Capacidade da instituição** (verificada em visita *in loco*)*:* |
| Número de vagas para **adultos** do sexo masculino: |  |
| Número de vagas para **adultos** do sexo feminino: |  |
| Número de vagas para **mães nutrizes** (destas quantas acompanhadas do lactante): |  |

|  |
| --- |
| **Infraestrutura da instituição** (verificada em visita *in loco*)*:* |
| **ALOJAMENTO** | **SIM** | **NÃO** |
| 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 |  |  |
| **SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA** | **SIM** | **NÃO** |
| 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 |  |  |
| **SETOR DE APOIO LOGÍSTICO** | **SIM** | **NÃO** |
| 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) |  |  |
| **MEDICAMENTOS** | **SIM** | **NÃO** |
| 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)*