REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO: Art. 6º PORTARIA CONJUNTA SEJUDH/ SESAU/SETAS Nº 022, DE 15 DE JANEIRO DE 2013.

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL Departamento de Ações Sobre Drogas	**REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO**	**Nº DE CERTIFICADO:**
	DATA DE EMISSÃO:	

DADOS DA ENTIDADE

ENTIDADE:			CNPJ:
E-MAIL:			DATA DE FUNDAÇÃO:
ENDEREÇO E TELEFONE:	BAIRRO:	Nº:	MUNICÍPIO:

DIRIGENTE:

ÁREA DE ATUAÇÃO (TIPO DE ATENDIMENTO):

MODALIDADE: ABRIGAMENTO TEMPORÁRIO ( ) PERMANÊNCIA DIA ( ) AMBULATÓRIO ( )

ATENDIMENTO BÁSICO ESPECIALIZADO:

ABRIGAMENTO TEMPORÁRIO: ATENDIMENTO TERAPÊUTICO: INDIVIDUAL ( ) ATENDIMENTO EM GRUPO ( ) ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO ( ) ATENDIMENTO MÉDICO CLÍNICO ( ) SUPORTE CLÍNICO, OFICINAS E PALESTRAS ( )

PERMANÊNCIA DIA: INDIVIDUAL ( ) ATENDIMENTO EM GRUPO ( ) ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO ( ) ATENDIMENTO MÉDICO CLÍNICO ( ) REALIZA NO MÍNIMO 3 (TRÊS) PROCEDIMENTOS POR SEMANA ( ) SUPORTE CLÍNICO ( ) OFICINAS E PALESTRAS

AMBULATÓRIO: ATENDIMENTO TERAPÊUTICO: INDIVIDUAL ( ) ATENDIMENTO EM GRUPO ( ) ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO ( ) REALIZA NO MÍNIMO 3 PROCEDIMENTOS POR SEMANA ( )

OFICINAS: EDUCATIVAS / PREVENTIVAS ( ) REFLEXIVAS ( )

ATIVIDADES: HORTA( ) DANÇA ( ) MÚSICA ( ) TEATRO ( ) MODELAGEM ( ) ATIVIDADES FÍSICAS E RECREATIVAS ( ) TAREFAS ROTINEIRAS NÃO ESPECIALIZADAS LABORTERAPIA ( ) OUTRAS

PROGRAMA DE PREVENÇÃO ( )

PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS SOCIAIS ( )

OFERECE UM AMBIENTE PROTEGIDO DE SPA E VIOLÊNCIA, TÉCNICA E ETICAMENTE ORIENTADOS ( ) SIM ( ) NÃO

O PERÍODO ESTABELECIDO DE ACORDO COM PROGRAMA TERAPÊUTICO É ADAPTADO ÀS NECESSIDADES DE CADA CASO ( ) SIM ( ) NÃO

RESGUARDA O DIREITO DO USUÁRIO DE PARTICIPAR DAS ATIVIDADES RELATIVAS À ESPIRITUALIDADE DADE ( ) SIM ( ) NÃO

CONTRATA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DA INSTITUIÇÃO JUNTO AO ÓRGÃO DE FISCALIZAÇÃO DO ESTADO COM FORMAÇÃO SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE E/OU CIÊNCIAS HUMANAS, DEVIDAMENTE REGISTRADAS NO SEU CONSELHO DE CLASSE ( ) SIM ( ) NÃO

ENCAMINHA À REDE DE SAÚDE, ÀS PESSOAS QUE APRESENTAM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DECORRENTES OU ASSOCIADAS AO USO OU PRIVAÇÃO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA/SPA E EM CASOS QUE APRESENTAREM OUTROS AGRAVOS À SAÚDE ( ) SIM ( ) NÃO

PROPICIA ATENDIMENTO À FAMÍLIA DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO ( ) SIM ( ) NÃO

OS PROFISSIONAIS SÃO CAPACITADOS PARA ATENDIMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SPA EM CURSOS APROVADOS PELOS ÓRGÃOS OFICIAIS DE EDUCAÇÃO E RECONHECIDOS PELO CONAD/CEAD/TO ( ) SIM ( ) NÃO

PÚBLICO ALVO/GÊNERO: MASCULINO ( ) FEMININO ( ) FAIXA ETÁRIA:

ACOLHIMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM ( ) NÃO ( )

ACOLHIMENTO DE INDIGENAS: SIM ( ) NÃO ( )

CAPACIDADE MÁXIMA:

TEMPO DE DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

SÃO EXIGIDOS EXAMES PARA INTERNAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( )

É PERMITIDO FUMAR: SIM ( ) NÃO ( )

JUSTIFICATIVA PARA REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO:

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO

_____/_____/_____ _____

DATA ASSINATURA