

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO: CONFORME ARTIGO 11, DA PORTARIA CONJUNTA SEJUDH/ SESAU/SETAS Nº 022, DE 15 DE JANEIRO DE 2013.			
 SECRETARIA DA JUSTIÇA E DOS DIREITOS HUMANOS Superintendência de Ações Sobre Drogas	REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO		
			DATA DE EMISSÃO:
DADOS DA ENTIDADE			
NOME DA ENTIDADE:			CNPJ:
E-MAIL:			DATA DE FUNDAÇÃO:
ENDEREÇO:	BAIRRO:	Nº:	MUNICÍPIO:
	FONE:		
DIRIGENTES:			
ÁREA DE ATUAÇÃO: TRATAMENTO MODALIDADE: ABRIGAMENTO TEMPORÁRIO			
ATENDIMENTO BÁSICO ESPECIALIZADO:			
ABRIGAMENTO TEMPORÁRIO: ATENDIMENTO TERAPÊUTICO: INDIVIDUAL () ATENDIMENTO EM GRUPO () ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO () ATENDIMENTO MÉDICO CLÍNICO () SUPORTE CLÍNICO, OFICINAS E PALESTRAS ()			
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 PELOS CONEN'S, COMEN'S E/OU CONEAD'S () SIM () NÃO			
PÚBLICO ALVO/GÊNERO: MASCULINO () FEMININO () FAIXA ETÁRIA:			
ACOLHIMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM () NÃO ()			
ACOLHIMENTO DE INDIGENAS: SIM () NÃO ()			
CAPACIDADE MÁXIMA DE ATENDIMENTO (PESSOA):_____			
TEMPO DE DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____			
SÃO EXIGIDOS EXAMES PARA INTERNAÇÃO: SIM () NÃO ()			
É PERMITIDO FUMAR: SIM () NÃO ()			

QUAIS OS PROFISSIONAIS QUE FAZEM PARTE DA EQUIPE PARA ATENDER AONÚMERO DA CAPACIDADE DA CT?	
QUANTOS PROFISSIONAIS FAZEM PARTE DA EQUIPE NO ATENDIMENTO? O NÚMERO DE PROFISSIONAIS CORRESPONDE COM A CAPACIDADE DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA?	
RECURSOS FÍSICOS: EM NÚMERO COMPATÍVEL COM A ATIVIDADE DESENVOLVIDA () SIM () NÃO	
JUSTIFICATIVA PARA REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO:	
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO	
DATA	ASSINATURA