LISTA DE MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA USO DO INTERNO

### UNIDADE MASCULINA ADULTOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vestuário | | Material para estudos | |
|  | Par de chinelos de borracha | 01 | Caderno universitário (200 fls) |
|  | Calças velhas (p/trabalho) |  | Canetas |
|  | Camisetas velhas (p/trabalho) | 02 | Pastas de papelão c/ presilha |
|  | Shorts velhos (p/trabalho) | 01 | Pastas com elástico grossa **(poliondas)** |
| 01 | Par de tênis (p/trabalho) | 01 | Lápis preto |
| 01 | Par de tênis ou sapato (p/passeio) | 01 | Borracha para lápis |
| 01 | Bota de Borracha | 01 | Bíblia |
|  | Calças para passeio | 01 | Resma - 100 folhas de Sulfite |
|  | Blusa de frio |  |  |
|  | Shorts ou bermudas |  |  |
|  | Meias e Cuecas |  |  |

Fica a critério da pessoa trazer outros tipos de vestuário como: moletom, roupas social, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MATERIAL DE HIGIENE/LIMPEZA** | | **MATERIAL DE USO PESSOAL** | |
|  | Repelente |  | Cabides p/ calças e camisas |
| 01 | Escova de dente | 02 | Fronhas |
|  | Cremes dentais | 02 | Lençóis (sobre lençol opcional) |
|  | Sabonetes | 02 | Toalhas de banho |
|  | Creme de barbear | 01 | Toalha de rosto |
|  | Aparelho de barbear descartável |  | Travesseiro |
|  | Desodorante  **(Obrigatoriamente bastão ou roll-on)** |  | Cobertores |
|  | Pente ou escova de cabelo | 01 | Colcha (opcional) |
|  | Cortador de unhas |  | Aparelho protector c/ refil |
|  | Shampoo e condicionador-Bucha p/banho | 01 | Caneca plástica |
|  | Sabão em pó e em pedra | 01 | Capa para chuva |
|  | Escova para lavar roupas | 01 | Capa de colchão(TNT) |
|  | Balde plástica | 01 | Colchão (Opcional) |
|  | Prendedores de roupas |  | Envelopes e selos para cartas simples |
| 2 | Pacotes papel higiênico com 8 rolos cada. |  |  |
|  |  |  |  |

**OBS.**

**OBS. As quantidades descritas acima são apenas sugestões, ou seja, cada pessoa poderá trazer a quantidade que se achar necessário, lembrando que tanto os**  **materiais de higiene/limpeza e vestuário deverão ser repostos conforme o uso.**

Todo o material ou objetos trazidos pelo interno deverá ser levado por ele na sua saída. O CERVIN não se responsabilizará por nada que for deixado na instituição.

### ORIENTAÇÕES PARA O ENTREVISTADO E FAMÍLIA

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O ACOLHIMENTO: UNIDADE MASCULINA

* Autorização para acolhimento, com termo de compromisso, assinado pelo responsável, pai ou mãe, parente de 1º grau ou autoridade responsável (preenchido no **CERVIN);**
* Carteira de Identidade, CPF, certidão de nascimento ou casamento;
* 1 foto 3 x 4;

- Atestado odontológico. (atestando que o aluno está em boas condições bucal e não necessita de intervenção urgente).

- Atestado de vacinação;

- Carteira de Trabalho (CTPS).

* Exames de sangue, (hemograma com plaquetas, glicemia em jejum,

TGP, TGO, Hbs Ag, anti-Hbs, creatinina, uréia, bilirrubina e urina 1).

* Laudo psiquiátrico (**conforme roteiro anexo)**. No caso da necessidade de medicação o responsável deverá trazer todo o medicamento prescrito juntamente com as receitas

Os exames médicos solicitados não têm a finalidade de desclassificar o acolhimento e sim complementar a triagem para um cuidado integral.

Os exames podem ser solicitados via SUS e se não ficarem prontos até a data agendada para o acolhimento, a família compromete-se em encaminhá-los por e-mail ou sedex, assim que ficarem prontos os resultados.

- Sugerimos exame HIV.

**INFORMAÇÕES SOBRE A ENTIDADE:**

**O CERVIN** é um espaço que propõe acompanhar dependentes químicos, que necessitam sair de seu meio social, para garantir a abstinência de drogas lícitas (cigarro e álcool) e também ilícitas.

O programa está instalado no sítio da entidade, com 30 hectares, onde abrigam os dois programas de recuperação, Adolescentes e Adultos.

O atendimento ao público é realizado no escritório em Rolândia, que fica localizado na Estrada do Ema – Gleba Bandeirante – Rolândia- PR- CEP: 86600-000

Fone 0xx43- 3256- 3325.

## TRATAMENTO:

O tratamento oferecido é de seis meses, sendo dividido em três fases de dois meses cada.

O interno adulto não receberá visita nos primeiros 30 dias do tratamento.

**Lembrando que as ligações para família serão feitas a cobrar**

## REINSERÇÃO SÓCIO-FAMILIAR:

As visitas à família iniciarão após a 2ª fase do tratamento, ou de acordo com a avaliação individual do interno.

## CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO CERVIN:

* Querer se tratar é a principal condição para a admissão;
* Apresentar a documentação médica e pertences solicitados;
* Estar disposto a cumprir o programa e o regulamento interno;

## CONDIÇÕES PARA PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO

* Submeter-se à revista no momento do acolhimento;
* Participar de todas as atividades durante todo o programa de recuperação;
* Respeitar todos os horários estabelecidos pelo **CERVIN;**
* Respeitas e obedecer aos monitores;
* Entregar dinheiro, relógio, documentos, canivete, faca, aparelhos sonoros aos cuidados do monitor;
* Zelar pelos pertences e mantê-los em ordem;
* Zelar para que não haja transação, contato ou uso de drogas, bebidas alcoólicas e cigarros de nenhuma espécie, sendo esta uma responsabilidade de todos os envolvidos no processo de recuperação;

Os internos serão submetidos à avaliação periódica, individual, analisando seu desempenho nas atividades, partilha, disciplina e cumprimento do regulamento.

* Alertamos aos responsáveis que as documentações e informações em NEGRITO OU VERMELHO são de extrema importância para o acolhimento do aluno.

**Laudo Psiquiátrico para admissão no CERVIN**

Nome:

Data de nascimento:

Resumo da história clínica:

Exame do estado mental:

Diagnóstico Psiquiátrico com CID:

Há comorbidades psiquiátricas (eixo I e II)? Quais?

Uso prévio de medicações:

Há necessidade de medicação psicotrópica atualmente? Qual (is)? **(trazer a 2ª via da receita e a medicação)**

Há condições para acolhimento em comunidade terapêutica, ou seja, ausência de psicose aguda, depressão grave ou outra doença psiquiátrica ou clínica descompensada, de sinais clínicos de abstinência de álcool e drogas (risco de delirium tremens) e de agressividade ou risco de suicídio?

Assinatura e carimbo do psiquiatra:

Data:

**ANEXO I**



Encaminho (nome completo) CID (Código Internacional da Doença) para tratamento de dependência química em comunidade terapêutica.

Cidade, data

Assinatura e carimbo do profissional

**(Este profissional obrigatoriamente precisa ser registrado em seu respectivo conselho)**