

**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 ( <b>poliondas</b> )
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 <b>(Obrigatoriamente bastão ou roll-on)</b>		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**;
- Respeitar 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

 **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**RECEITUÁRIO**

 **SUS** Sistema Único de Saúde

NOME \_\_\_\_\_

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)**