



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME
SECRETARIA-EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE ENTIDADES DE APOIO E ACOLHIMENTO ATUANTES EM ÁLCOOL E DROGAS

ANEXO VIII

DOCUMENTO EXPERIÊNCIA PRÉVIA DA ENTIDADE EMITIDO POR CONSELHO/SECRETARIA/OUTRAS PESSOAS DE DIREITO PÚBLICO DISTRITAIS OU MUNICIPAIS DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, OU COM COMPETÊNCIA NA ÁREA SOBRE DROGAS

ENTIDADE
Razão Social:
CNPJ do Local de Acolhimento:
Endereço do Local de Acolhimento:
Estado/Município:
CEP:
EMISSION DO DOCUMENTO
Pessoa jurídica/órgão:
Assinante / CPF:
CNPJ:
Telefone:
EXPERIÊNCIA PRÉVIA
A entidade possui experiência de, no mínimo, 2 (dois) anos de atividades de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário:

() SIM	
() NÃO	
PÚBLICO ATENDIDO	NÚMERO TOTAL DE VAGAS
Mães nutrizes	
Adulto gênero feminino	
Adulto gênero masculino	

A entidade mencionada, atua na execução de atividades de serviços de acolhimento a pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. Para todos os efeitos legais, **declaro serem verdadeiras** todas as informações registradas neste documento, **sob pena de responsabilidade**, devidamente preenchido e por mim conferido e assinado.

OU

DOCUMENTO EXPERIÊNCIA PRÉVIA AUTODECLARADO PELA PRÓPRIA ENTIDADE

ENTIDADE
Razão Social:
CNPJ do Local de Acolhimento:
Endereço do Local de Acolhimento:
Estado/Município:
CEP:
Representante Legal
Nome:
CPF:
EXPERIÊNCIA PRÉVIA
A entidade possui experiência de, no mínimo, 2 (dois) anos de atividades de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário, conforme documentação comprobatória <u>ANEXA</u> , em atendimento ao <u>item 4.2 inciso XXI</u> , tais como relatórios de atividades, termos de colaboração, convênios, contratos ou documentos equivalentes etc.

ENTIDADE	
() SIM	
() NÃO	
PÚBLICO ATENDIDO	NÚMERO TOTAL DE VAGAS
Mães nutrizes	
Adulto gênero feminino	
Adulto gênero masculino	

A entidade abaixo assinada declara, sob as penas da lei, que atua na execução de atividades de serviços de acolhimento a pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário, atestando, para todos os efeitos legais, a veracidade das informações prestadas neste documento, **as quais são de sua inteira responsabilidade.**

Local/Data

Assinatura eletrônica do Responsável Legal da instituição



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Andrade de Oliveira, Coordenador(a)-Geral**, em 04/09/2025, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



Documento assinado eletronicamente por **Sâmio Falcão Mendes, Diretor(a)**, em 04/09/2025, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **17455209** e o código CRC **B03EAE02**.