



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 XI

MODELO DE DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO 1 - CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu, _____,
aceito receber contatos de instituições no sentido de participar de pesquisa/estudo envolvendo questões sobre o acolhimento realizado na Entidade de Acolhimento e sobre os desdobramentos após o encerramento do acolhimento. E informo que após a minha saída da Entidade poderei ser encontrado no seguinte endereço: _____ e no telefone () _____.

Data e Assinatura do Acolhido ou representante legal

Eu _____,
inscrito (a) no CPF sob o nº _____, aceito receber contatos de instituições de pesquisa no sentido de participar de pesquisa/estudo envolvendo questões referentes ao acolhimento, antes e após o seu encerramento, do acolhido acima identificado. Informo que possuo o seguinte endereço eletrônico: _____. E poderei ser encontrado por meio do telefone nº (_____) _____ ou no seguinte endereço: _____.

Data e Assinatura do familiar do Acolhido ou pessoa por ele indicada

DECLARAÇÃO 2 - ADESÃO E PERMANÊNCIA VOLUNTÁRIA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Eu, , nacionalidade __, estado civil __, profissão __, portador(a) do CPF nº __, residente e domiciliado(a) à __, declaro, para os devidos fins, que:

a) **Adiro de forma livre, consciente e voluntária** ao programa de acolhimento da Comunidade Terapêutica __, localizada no endereço __, com base no disposto na **Lei nº 11.343/2006**, especialmente em seu art. 26-A, e na **Resolução nº 01/2015 do CONAD**.

b) Estou ciente de que o acolhimento tem caráter **residencial, transitório e não hospitalar**, com foco na convivência entre pares e no apoio mútuo, sem imposição de qualquer forma de contenção física, isolamento forçado ou tratamento involuntário.

c) Declaro que **não estou sob coação, ameaça ou qualquer forma de constrangimento** para minha permanência na instituição, podendo solicitar minha saída a qualquer momento, conforme previsto na legislação vigente.

d) Estou ciente das **normas internas da Comunidade Terapêutica**, as quais me foram apresentadas previamente, e comprometo-me a respeitá-las durante todo o período de acolhimento.

e) Reconheço que o serviço é **gratuito**, custeado com recursos públicos, e que não há qualquer cobrança financeira por parte da instituição.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Assinatura do(a) acolhido(a)



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Andrade de Oliveira, Coordenador(a)-Geral**, em 04/08/2025, às 17:54, 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 **17280593** e o código CRC **98BDBFBF**.

Referência: Processo nº 71000.075459/2025-71

SEI nº 17280593