



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
RG: _____ expedição _____/_____/_____
CPF: _____ Cidade _____

Desejando realizar tratamento para uso abusivo/dependência de álcool e drogas, solicito ser acolhido na Comunidade Terapêutica Maria de Nazaré, pelo período de **até** seis (6) meses, podendo ser prorrogado por mais três (3) meses, totalizando em (9) nove meses (a partir de avaliação da equipe e aval do DPOD). Neste período, me comprometo a aceitar as normas disciplinares e colaborar, de minha parte, para que exista na Comunidade um ambiente de verdadeira fraternidade e respeito.

Segue abaixo uma lista de regras as quais deverá ter ciência e consentir antes de ser acolhido.

1- A C.T. MaNa é um local de tratamento gratuito, ou seja, estou ciente que não onera custos para mim e meus familiares, pois o mesmo funciona em parceria com o Programa de Políticas sobre drogas do estado de São Paulo, portanto, em respeito à minha **intenção voluntária** em ser acolhido, a busca por tratamento que visa à conscientização e reinserção social, e também aos demais colegas com o mesmo objetivo, comprometo-me a não levar, conduzir ou encaminhar quaisquer tipos de substâncias que alterem o humor, estando ciente que em caso seja pego com algum tipo de droga ilícita dentro da C.T., estará sendo registrado um B.O. e receberei alta administrativa.

2- Estou ciente que, ao chegar na C.T., meus pertences serão revistados na minha presença. Posteriormente, entregarei ao profissional responsável minhas medicações, para que as mesmas sejam alocadas em local específico, ou seja, estou ciente que as mesmas **não** estarão sob meus cuidados, a fim de evitar transtornos, e serão administradas por um profissional da C.T.

3- As medicações serão fornecidas pelo profissional responsável, de acordo com a prescrição médica.

4- Estou ciente que dinheiro não ficará na C.T., devendo o mesmo ser entregue ao acompanhante ou na ausência do mesmo, será realizada a abertura de uma conta poupança para depósito, independente do valor. Quanto aos documentos, os mesmos deverão ficar sobre meus cuidados.

5- Estou ciente que tenho direito a permanecer com aparelho celular próprio (ter ciência do termo do uso de celular) ou utilizar o celular institucional (caso não possua próprio), para realizar e receber ligações telefônicas; para isso, buscar pela equipe. No entanto, orienta-se respeitar o tempo de 15 minutos, para que outros acolhidos também possam usufruir da linha.

6- Concordo em receber visitas mediante agendamento com a equipe.

7- Todos os pertences recebidos por mim, vindos de fora (familiares, amigos) deverão ser de conhecimento da equipe, exceto as correspondências que podem sair e ingressar na C.T. em envelopes fechados.

8- Meu relacionamento com outros acolhidos e equipe será de ajuda, estímulo e cooperação. Ou seja, devo zelar pela harmonia no ambiente. Em caso de agressão verbal ou física, fica assegurado à vítima o direito em registrar B.O. contra o agressor.

Em caso de ameaças ou agressão física, a própria instituição poderá realizar o registro do B.O., e conceder alta administrativa ao agressor.

9- Estou ciente que devo permanecer dentro da área da chácara, podendo sair de suas dependências, somente acompanhado por membro da equipe ou familiar/responsável, sob o consentimento da equipe, previamente informada.



10- Procurarei não utilizar de gírias, palavrões e vestimentas que venham a ofender as visitas, tendo uma conduta digna, tratando a todos com boas maneiras.

11- Declaro estar ciente que a instituição não se responsabiliza pelos meus pertences pessoais (roupas, itens de higiene pessoal, celular, etc).

12- Mantereí sempre a limpeza de minhas vestimentas e a ordem dos meus aposentos e objetos pessoais.

13- Declaro ter sido orientado sobre meu direito à privacidade (banho em box individual) e direitos à escolha de vestuário, corte de cabelo, barba, bigode, respeitando às normas de convivência.

14- Comprometo-me a conservar o patrimônio institucional, sendo que durante o período em que permanecer acolhido, também será meu lar. Para isso, cuidarei da conservação das ferramentas de trabalho, dos móveis, literatura fornecida e utensílios da cozinha e em geral.

15- O tratamento é de caráter voluntário e gratuito, portanto, estou ciente que poderei solicitar alta a qualquer momento. Para isso, devo comunicar a equipe a fim de informar meu familiar ou outra referência sobre meu desligamento. Apesar de termos a intenção em atendê-lo o mais breve, nem sempre conseguimos realiza-lo de imediato, como em finais de semana ou caso você esteja assistido por um serviço que não atenda à noite, final de semana e feriado, ou necessite de transporte público. Para isso, pedimos um tempo médio o qual chamamos de “24 horas”.

16- Em casos de intercorrência clínica (emergência), acidentes, o técnico (assistente social ou psicólogo) comunicará o familiar ou responsável de referência; em caso de morte, idem, assim como as autoridades competentes (polícia), tão logo ocorram os fatos.

17- Declaro estar ciente que o período de permanência aceito nesta CT é de até 12 meses dentro de dois anos, a fim de preservar-me inclusive da institucionalização.

18- Caso opte em sair da C.T., sem aguardar transporte e/ou o comparecimento de algum responsável, estou ciente que minha medicação será retida pela equipe, sendo encaminhada posteriormente ao serviço referenciado no tratamento. Tal ação visa à preservação de minha integridade física e da instituição.

19- Estou ciente que por questões éticas e legais, meus dados (informações coletadas e registradas em prontuário) são de caráter interno, preservando meu anonimato. No entanto, **autorizo** membros da diretoria e equipe da CT a registrar com fotografias as atividades em que eu participar e fazer divulgação interna (exposição em mural dentro da CT), bem como exposição em grupo específico do Programa de Políticas sobre drogas, os quais o DPOD se faz presente, a fim de compartilhamento de informações e atividades entre a rede.

20- Ao ser acolhido na C.T., serei informado pela equipe sobre o Regimento Interno e uma cópia será entregue à referência no ato do acolhimento.

Por estar ciente e de acordo com as normas descritas acima, abaixo assino.

Birigui ____/____/____

Ciente _____ RG _____

Técnico responsável pelo acolhimento: _____