**ANEXO I- FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO**

**REGISTRO CADASTRAL DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE ATENÇÃO EM ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS - RECAD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DA OSC** | | | | |
| **Observação:**Caso os endereços da sede e do escritório sejam distintos, a OSC deverá preencher todos os campos. | | | | |
| Nome Razão Social: (constante no Estatuto ou Ato Constitutivo): | | | | |
| Nome fantasia: | | | | |
| **Endereço da sede da OSC (rua, praça, avenida):** | | | | Nº: |
| Bairro: | Distrito: | | | Município: |
| CEP: | | Regional SEDESE a qual pertence: | | |
| Ponto de referência: | | | | |
| Redes sociais: | | | | |
| Site: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Telefone: (    ) | | | | |
| **Endereço do escritório da OSC (rua, praça, avenida):** | | | | Nº: |
| Bairro: | Distrito: | | | Município: |
| CEP: | | Regional SEDESE a qual pertence: | | |
| Ponto de referência: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Telefone: (    ) | | | | |
| **II - REPRESENTANTE LEGAL** | | | | |
| Nome completo: | | | | |
| Cargo: | | | | |
| CPF: | | Identidade: | | |
| Endereço (rua, praça avenida): | | | | Nº: |
| Bairro: | Distrito: | | | Município: |
| CEP: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Telefone: (    ) | | | Celular: (    ) | |
| **III - RESPONSÁVEL TÉCNICO** | | | | |
| Nome completo: | | | | |
| Curso de graduação: | |  | | |
| Ano de graduação: | CPF: | | Identidade: | |
| Endereço (rua, praça, avenida): | | | | Nº: |
| Bairro: | Distrito: | | | Município: |
| CEP: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Telefone: (    ) | | | Celular: (    ) | |
| **IV - MODALIDADES DE ATUAÇÃO DA OSC DE ATENÇÃO EM ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS** | | | | |
| (      )  CUIDADO/COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ACOLHEDORAS  (      ) CUIDADO / REINSERÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA  (      )  CUIDADO/ GRUPOS DE APOIO E MÚTUA AJUDA  (      )  PREVENÇÃO DO USO/ ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS   PÚBLICO ALVO:   (      ) MASCULINO     (      ) FEMININO  (      ) CRIANÇA (      ) ADOLESCENTE (      ) JOVEM (      ) ADULTO (      ) PESSOA IDOSA | | | | |
| **V - DECLARAÇÃO/ASSINATURA** | | | | |
| Venho requerer o Registro Cadastral de Qualificação Técnica das Organizações da Sociedade Civil de Atenção em Álcool, Tabaco e outras Drogas - RECAD, junto à Secretaria de Estado Desenvolvimento Social- SEDESE, por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas- SUBPOD/Superintendência de Atendimento ao Dependente Químico - SADQ.  Declaro, sob as penas da Lei, serem autênticos os documentos apresentados, e verdadeiras as informações acima prestadas.  Local/Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Assinatura do responsável legal) Carimbo da entidade | | | | |
| **VI - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO** | | | | |
| Preencher corretamente os dados do formulário, datar, rubricar e assinar a última folha. Observação: o Formulário de Cadastramento encontra-se disponível na página da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social- SEDESE, opção Políticas sobre Drogas- SUBPOD, RECAD, disponível no link: http://social.mg.gov.br/. | | | | |
| **VII - INSTRUÇÕES PARA CADASTRO DE USUÁRIO EXTERNO NO SEI** | | | | |
| Acesse o link: http://social.mg.gov.br/, em seguida clique em sistemas corporativos, opção Sei usuário externo. Caso não seja cadastrado vá em “clique aqui se você ainda não está cadastrado” e siga as instruções. Demais informações sobre a emissão do RECAD e inserção de documentação no Sei podem ser encontradas na página da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social- SEDESE, opção Políticas sobre Drogas- SUBPOD, RECAD, disponível no link: http://social.mg.gov.br/. | | | | |