



MUNICÍPIO DE SANTO CRISTO
Terra do Homem da Terra

CAMPEÃO GAÚCHO DE PRODUÇÃO DE LEITE E SUÍNOS
(Lei Estadual nº 15.659, de 8/7/2021)

Boa RH e Contabilidade.
Em 26-2-2023.

[Handwritten signature]

MEMORANDO 035/2023

De: Coordenadoria Municipal de Ensino e Desporto
Para: Administração Municipal
Assunto: CONTRATAÇÃO DE MONITOR

Solicitamos a Administração Municipal de Santo Cristo, a contratação emergencial por cento e oitenta dias (podendo ser prorrogado), de um monitor, para atender alunos inclusos da Escola Municipal de Ensino Fundamental São Sebastião, conforme documentos em anexo.

Santo Cristo, 24 de fevereiro de 2023.

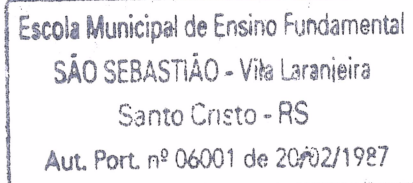
*Informo que
temos processo
seleção ainda de
candidatos. MB*

Nestes Termos,
Autoriza a contratação.

[Handwritten signature]

Carmo Afonso Mallmann
Coordenador de Ensino e Desporto

ESCOLA MUNICIPAL DE ENSINO FUNDAMENTAL SÃO SEBASTIÃO
VILA LARANJEIRA, SANTO CRISTO/RS
FONE: (55) 984390391
Email: escolasasebastiao vl@gmail.com



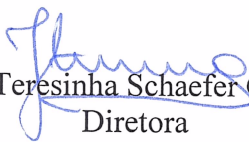
Ofício Nº 03/2023

Santo Cristo, 20 de fevereiro de 2023

Prezado Sr. Coordenador de Ensino:

Apraz-nos cumprimentá-lo e, na oportunidade encaminhar solicitação de monitor para nosso educandário para suprir necessidade de acompanhamento para dois alunos, um da Educação Infantil de 4 anos e outro do terceiro ano do Ensino Fundamental.

Segue anexo os documentos comprobatórios recebidos das famílias dos alunos. Certos de Vossa costumeira atenção, nossa cordial saudação.


Janete Teresinha Schaefer Giehl
Diretora
Matrícula 92701

Ilmo. Sr.
Carmo Afonso Mallmann
MD Coodenador Municipal de Ensino
Santo Cristo - RS

CNPJ: 95.823.175/0001-05

FILIADA A FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES SOB Nº. 046

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL PELA LEI Nº. 898 DE 28/06/68

REG. NO CNSS/MEC SOB Nº. 246520/68

anos

Parecer

Nome: Djenifer Vitória Schenkel

Data de Nascimento: 01 de janeiro de 2019 – 3 anos 10 meses

Município: Santo Cristo

O presente parecer discorre sobre as percepções de Djenifer, encaminhada pelo município, para avaliação clínica na APAE de Santa Rosa, em outubro de 2022, avaliada pela psicóloga Elisa, sendo realizado a anamnese com a tia Janete, madrinha Cleusa e genitor Geovane, a fim de investigar possíveis características associadas ao Transtorno do Espectro Autista, no qual foi entregue a Escala CARS e ATA a ser preenchida pela família e após observação clínica.

Em relação a comunicação e a linguagem os familiares sinalizam que as primeiras palavras surgiram por volta de 1 ano e seis meses. Apresenta linguagem verbal com pouca funcionalidade, nomeando itens quando solicitada, por vezes respondendo perguntas, muitas vezes emitindo falas descontextualizadas (ecolalias), não estruturando frases. Dificuldade em seguir comandos e regras, realizando de acordo ao seu interesse, com tempo de resposta ampliado, apresentando fragilidade em manter contato visual, em responder quando chamada pelo nome e na atenção compartilhada.

Em relação a sua atenção e concentração demonstra resultados abaixo do esperado para a sua faixa etária, com dificuldades no simbolismo/faz de conta e na imitação. Sobre seu brincar é possível destacar que apresenta dificuldade em estruturar uma brincadeira, manipulando objetos/brinquedos por um curto período, com pouca funcionalidade e por vezes levando na boca.

Sobre seu comportamento apresenta agitação psicomotora, baixo limiar de frustração, não gostando ser contrariada, apresentando fragilidade em flexibilizar (rigidez cognitiva), querendo realizar as demandas do seu jeito, demonstrando dificuldades em lidar com perdas e imprevistos, contudo demonstrando insatisfação e chorinho. Não demonstra ter medo quando a resposta seria esperada.

CNPJ: 95.823.175/0001-05

FILIADA A FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES SOB Nº. 046

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL PELA LEI Nº. 898 DE 28/06/68

REG. NO CNSS/MEC SOB Nº. 246520/68

Em relação a motricidade fina e ampla, uso das duas mãos, olho/mão, demonstra fragilidades. Dificuldades em executar suas atividades de vida diária, por falta de oportunidades, deste modo é necessário maior estruturação de rotina diária, com horários para lazer e obrigações, o que irá favorecer a consolidação do senso de responsabilidade, requisito que favorece o processo de autonomia e independência na vida adulta.

De acordo com os critérios diagnósticos descritos pelo DSM V, Djenifer apresenta características e sintomatologia que indicam hipótese para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), resultados observados a partir da observação clínica e no uso de escalas de rastreio como a CARS e ATA. Na escala CARS, preenchida pelo genitor, sinalizou pontuação 33,5 apontando risco para TEA, a escala preenchida pela Tia Janete pontuou 26,5, sinalizando sem risco. Na Escala ATA, preenchida pela tia Janete, sinalizou 38 e a escala preenchida pelo genitor apresentou escore de 34, nas duas sinalizando risco para TEA. Destacando também a presença do quadro de Epilepsia.

Diante dos pontos abordados e levando em conta suas potencialidades e fragilidades, sugiro maior estruturação/rotina do contexto familiar com o estabelecimento de regras e combinados, sinalizando/demonstrando como fazer. Indicação para inclusão na escola regular, com suporte de monitor especializado, realizando atividades adaptadas de acordo a idade de desenvolvimento, envolvendo Djenifer em atividades de rotina, com pequenas tarefas e após reforçar seu desempenho, redirecionando para comportamentos funcionais e adequados, melhorando sua motivação e engajamento. Objetivando diminuir os déficits, ressalto a importância do trabalho multidisciplinar, com indicação de acompanhamento psicológico para Djenifer e seus familiares com o objetivo de instrumentalizar e auxiliar no processo diagnóstico, indicação de intervenção de Terapeuta Ocupacional trabalhando atividades de vida diária, Terapia de Fonoaudiologia para ampliação do repertório e maior funcionalidade da fala, atendimento de AEE, além do encaminhamento para médico neurologista

APAE

Santa Rosa - RS

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE
MANTENEDORA DA ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL ALBINO MINCKS

CNPJ: 95.823.175/0001-05

FILIADA A FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES SOB Nº. 046

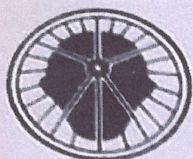
UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL PELA LEI Nº. 898 DE 28/06/68

REG. NO CNSS/MEC SOB Nº. 246520/68

referência, visando diminuir os déficits e ampliando seu repertório comportamental, melhorando o prognóstico do caso.

Santa Rosa, 08 de novembro de 2022.

Edna C. Barreiros
Diretora Geral
11/11/2022

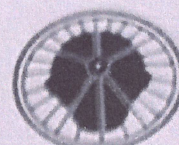


INN

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
INSTITUTO DE NEUROLOGIA E NEUROCIURGIA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM NEUROCIURGIA -
SBN / MEC

Dr. Paulo S. Crusius (Diretor)
Dr. Adroaldo B. Mallmann
Dr. Marcelo U. Crusius
Dr. Cassiano Forcelini

Dr. Cláudio A. Sathert
Dr. Cassiano U. Crusius
Dr. Charles A. Carazzo
Dr. Nalana Posenato



INN

NOME: Pedro Henrique Kovalski SAME: 393616
IDADE: 02 anos PROCEDÊNCIA: Guarani das Missões-RS
MÉDICO ASSISTENTE: EQUIPE – INN Instituto de Neurologia e Neurocirurgia
PROCEDIMENTO PROPOSTO: Derivação Ventrículo Peritoneal

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui informado que o diagnóstico do paciente **Pedro Henrique Kovalski** é de Hidrocefalia, com proposta terapêutica de troca da pressão da válvula (DVP). Consinto na realização do procedimento discriminado acima, isto é, implantação do sistema valvular com cateter intracerebral e com drenagem para o abdome.

Entendi claramente as explicações médicas quanto às indicações (alívio da pressão intracraniana de forma aguda e constante) e técnicas a serem empregadas no caso; também, trata-se de objetivos de meios e não de resultados (ou seja, serão empregados os meios necessários e disponíveis ao caso, sem obrigatoriedade de resultados positivos); As possíveis complicações relacionadas ao procedimento incluem: eventos agudos trans-operatórios (arritmias cardíacas, anafilaxia, choque circulatório, anemia e óbito), lesão por passagem do cateter ventricular no cérebro (dano ao tecido nervoso e ou hemorragia e ou hematoma), infecção de ferida operatória, infecção do sistema de derivação (válvula), meningite ou ventriculite (infecção do sistema nervoso central, cérebro, medula espinhal e/ou seus envoltórios - meninges), epilepsia secundária (ataques convulsivos), hematoma extradural e/ou subdural agudo ou crônico, broncopneumonia e / outras infecções.

Está também expressamente enfatizado que tal procedimento não altera qualquer situação médica patológica sequelar previamente adquirida e ou desenvolvida pela (s) patologia (s) básica (s) (ausência de manto cortical, disfunção de sistema reticular ascendente, disfunção de pares cranianos - **principalmente os envolvidos com sistema cardio respiratório e de deglutição** -).

Também entendi que a cirurgia pode não curar o paciente supracitado, isentando os médicos de qualquer complicação pré, trans ou pós-operatórias, bem como de qualquer seqüela que possa advir resultante da própria patologia de base ou secundária e seu tratamento.

Também entendi que o sistema de derivação líquórica é uma prótese, e como tal não é perfeita podendo ser necessárias várias revisões cirúrgicas, trocas de sistema, ou utilização de dispositivos especiais. Consinto também no uso de anestesia geral ou local. Autorizo a coleta sanguínea, transfusão de sangue e a realização de qualquer tipo de exames (laboratoriais e/ou radiológicos, incluindo Elisa anti - HIV) pré, trans e pós-operatórios no paciente supracitado, assim como a utilização de imagens e informações referentes ao caso, sem dados específicos do paciente (como nome) para fins de aprendizagem, cultura e publicações médicas.

Entendo também que o hospital é de ensino, autorizando a participação do corpo de residentes e estagiários em todo o processo de tratamento clínico e/ou cirúrgico.

Autorizo a qualquer mudança de ordem tática que seja necessária no trans-operatório e pós-operatório imediato. Declaro que estou satisfeito de maneira absolutamente clara, objetiva e inteligível com todas as explicações a mim fornecida.

Exerço a faculdade de optar pela continuidade do tratamento proposto razão pela qual assino o presente termo de consentimento informado.

Passo Fundo, 24 de Outubro 2016.

Responsável

(nome e assinatura legível)

Médico / CRM

Instituto de Neurologia e Neurocirurgia

		Recibo de Pagamento de Salário			
		MUNICIPIO DE SANTO CRISTO		Período: 01/03/2023 a 31/03/2023	
		87.612.818/0001-43		Execução : Mensal	
		RUA 25 DE JULHO		PIS/PASEP 12845991691 Admissão: 01/03/2023	
Nome : 000016014 ROSELI BARBOSA				CCusto : 001.006.012.000 SMEC - CONTRATO ATEND CI	
				Cargo : Monitor Hr.Semanais 40,00	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALARIO	30,00	1.804,40		
013	INSALUBRIDADE 20%	20,00	360,88		
550	I.N.S.S.	0,00		175,34	
556	I.R.R.F.	7,50		6,44	
Depósito em Banco :74800307			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
Conta Número :0000000000000000			2.165,28	181,78	
Agência :SICREDI SANTO CRISTO			Valor Líquido : 1.983,50		
Declaro ter recebido a Importância líquida discriminada neste recibo			Salário Base	Sal.Contr.Previd.	Base Cálc. FGTS
			0,00	2.165,28	0,00
Assinatura do funcionário			FGTS do Mês	Base Cálc.IRRF	Faixa IRRF
			0,00	1.989,94	1.903,98
Data					