PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

Foz do Iguaçu, 18 de julho de 2024.

Ofício nº 7286/24 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 300/2024**

Senhor Presidente,

Em atenção ao Requerimento nº 300/2024, de autoria do Nobre Vereador Cabo Cassol, encaminhado pelo Ofício nº 743/2024-GP, de 18 de junho de 2024, dessa Casa de Leis, sobre a servidora K. M. L., matrícula 22641.01, médica neuropediatra, remetemos a manifestação da Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração, por meio do Memorando nº 37166, de 5 de julho de 2024.

Atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Jean Mauro Miyagawa Mezomo de Souza - **Secretário Municipal de Transparência e Governança**

Francisco Lacerda Brasileiro - **Prefeito Municipal**

Ao Senhor
JOÃO MORALES
Presidente da Câmara Municipal
FOZ DO IGUAÇU – PR

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO		
Emitente:	SMAD / DGPE / SRT - SUPERVISÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO	**Data:** 05/07/2024
Destinatário:	SMAD / DIAD / DVCMR - DIVISÃO DE CONTROLE E MONITORAMENTO DOS REQUERIMENTOS LEGISLATIVOS; SMAD / DIAD – DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO.	**Número:** 37166/2024
Assunto:	R: ENCAMINHA RESPOSTAS REF AO MI 33846/24-DIAD E DO REQUERIMENTO Nº 300/2024- CAMARA MUNICIPAL	

Senhora Diretora:

Em atenção e resposta ao contido no requerimento de nº300/2024, oriundo da Câmara Municipal desta cidade, anexo ao Memorando interno nº. 33846/2024-SMAD/DIAD, informamos que:

*1- **Qual a data de inicio das atividades da servidora em questão***

Informamos que a referida servidora, **KALYNE MEDEIROS LACERDA**, é detentora do cargo de **MÉDICO NEUROPEDIATRA**, contratada a partir de **01/03/2022**, através de aprovação em concurso público, pelo Edital nº001/01/2019 de 01/11/2019, convocada pelo Edital nº 001/093/19/2022 de 31/01/2022, nomeada pela Portaria nº. 73626 de 25/02/2022, sendo lotada na Secretaria Municipal da Saúde, para prestar serviços no Centro de Especialidade de Reabilitação - CER IV;

2- após o inicio das atividades da servidora como médica, requer cópia dos relatórios de atividades da mesma.

Em conformidade com os relatórios enviados pela Secretaria de Saúde, o mesmo consta juntamente com os demais documentos nos anexos.

3-Quando se deu o primeiro afastamento da servidora e quais os motivos da prorrogação da licença concedida?

Em pesquisa nos relatórios e sistemas desta Diretoria de Gestão de Pessoas, qual esta subordinada a Secretaria Municipal de Administração, constatamos que a referida servidora, teve inicio do seu primeiro afastamento por tratamento de saúde (LTS) a partir de 01/04/2022 até 14/06/2022 por 75 (setenta e cinco) dias, sendo prorrogado a partir de 15/06/2022 à 19/07/2022 por mais 35 (trinta e cinco) dias;

3.1 Requer cópia do processo administrativo que culminou na aprovação da primeira licença por motivos de doença, assim como sua prorrogação (requer copia do processo em sua

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0ff5ed70-ba22-4813-9103-bf7a4300b592.

integra).

Informamos que todos as licenças para tratamento de saúde, ficam sob a responsabilidade da equipe profissional de saúde, lotados na Diretoria de Saúde Ocupacional, que tambem está subordinada a Secretaria Municipal de Administração, desta forma, seguem nos anexos, as cópias das pericias médicas e demais informações a qual foi assistida.

4 – Requer copia do parecer administrativo e jurídico que amparou o segundo afastamento por licença maternidade.

Conforme consta em nos assentos funcionais do relatório de afastamento da servidora, a mesma afastou pelo período de 120 (cento e vinte) dias, a partir de 20/07/2022 até 16/11/2022, tendo sua prorrogação concedida por mais 60 (sessenta) dias, em conformidade com a Lei Municipal nº 4137/2013, pelo período de 17/11/2022 até 15/01/2023.

5- Consta na denuncia que em junho de 2023, a servidora requisitou e foi atendida com relação ao teletrabalho, mesmo sem lei municipal que amparasse e regulasse este tipo de trabalho, diante do exposto requer copia integral do procedimento administrativo que culminou na autorização do teletrabalho.

A servidora solicitou suas atividades em teletrabalho, através do protocolo 9540/2023 de 16/02/2023, baseado no Decreto nº 31.172/2023 e da Instrução Normativa nº001/2023, sendo autorizado pela Secretaria Municipal da Saúde, conforme consta cópias do referido processo, seguidos dos despachos.

Outrossim, cabe ressaltar que seguem nos anexos, todos as cópias dos documentos solicitados, bem com dos demais relatórios.

Ficamos á disposição para demais informações se necessário.

Atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
FRANCIELE GARBIN PINZAN OLIVEIRA
Responsável pela Diretoria de Gestão de Pessoas
Portaria nº. 76.055/2023

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 9f5ed70-b822-4813-9903-1b7835309592.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **37.166/2024**

Assunto: **R: ENCAMINHA RESPOSTAS REF AO MI 33846/24-DIAD E DO REQUERIMENTO Nº 300/2024- CAMARA MUNICIPAL**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=9ff5ed7e-ba22-4b43-99c4-0b2ea4009592

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
9ff5ed7e-ba22-4b43-99c4-0b2ea4009592

Hash do Documento

147E79251D873AAA10C6D87F3F72A100075BD0AD51173B6E076D5E6062A66B1B

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Anexos

CAMARA MUNICIPAL - REQUERIM 300.2024 - ANEXO -MEMORANDO INTERNO- Nº 33846-2024-DIAD.pdf - **025c31a9-8dbc-43ed-a277-058d2d884321**
KALYNE M LACERDA - 226401.01- AUTORIZAÇÃO PARA CONCESSÃO DO TELETRABALHO -SMSA.pdf - **8e825755-2bc3-4cd0-a484-1db209d8b3be**
KALYNE M LACERDA - 22641.01 CÓPIA DO INFORMAÇAO E DESPACHOS DO GIIG.pdf - **b2a24e62-a1b5-44dc-8257-2ce4182ecc20**
KALYNE M LACERDA - COPIA DO COMPROVANTE DE ATESTADO MEDICO DE 18.03.22 AS 31.03.2022.pdf - **4defe798-8e84-4bbc-a399-4eefcd8f5255**
KALYNE M LACERDA - CÓPIA DO TERMO DE POSSE E PORTARIA DE NOMEAÇÃO.pdf - **f451d39a-ead6-4dc0-ae6a-bcfde54ac93e**
KALYNE M LACERDA - CÓPIA DO REQUERIMENTO 9540.2023 - REQUER TELETRABALHO.pdf - **3be946ad-88de-47a1-8091-d7b1699312b6**
KALYNE M LACERDA - COPIA DO COMPROVANTE DE ATESTADO MEDICO DE 04.03.22.PDF - **67d1ac99-be52-4c42-bf9d-5e02f6fa5288**
KALYNE M LACERDA - TRAMITACAO PROCESSO_DESPACHOS_RESCISÃO E TELETRABALHO.pdf - **842cddec-1b4d-4da4-aa8e-85a0ae35b7db**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 13134-2023.pdf - **92598b3c-4b4b-4660-bb9b-eb1605cefc59**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 16675-2023.pdf - **7e36be7c-584e-4011-bb7c-73b54a2d36d2**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 13145-2023-ORIGINAL.pdf - **c5870c48-8775-425b-a420-434a55823864**
KALYNE M LACERDA - REQUERIMENTO TELETRABALHO 25.03.2023.pdf - **caa2238e-a4a2-42f2-a109-f710b4b819c8**
KALYNE M LACERDA - RELATORIO DE AFASTAMENTO PERIODO DE 03.22 À 07.24.PDF - **7d23db1c-fc60-4f1e-b2a2-1dff8daa5741**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 15.06.22 A 31.07.22.pdf - **03a26e93-9e38-4450-b2df-80841d7a10d2**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 01.04.2022 A 14.06.2022.pdf - **a628f6a0-066a-45fa-a689-c8ba2c145fa0**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 15.06.22 A 19.07.22.pdf - **33685304-c4c9-4d74-84d0-2a7124d6560f**
MEMO SMSA - Nº. 13134 DE 15.03.2023 TELETRABALHO - KALYNE M.LACERDA - 22641.01.png - **194e58cf-6e5c-452c-bc7d-b685679036cb**
KALINE MEDEIROS LACERDA -REQUERIM PARA RENOVAÇÃO DE PEDIDO_TELETRABALHO- Nº 28-2023.pdf - **564f1204-27c0-4987-918c-bb0b0d9dbce0**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - RENOVAÇÃO PARA TELETRABALHO- Nº 28-2023 (1).pdf - **3a66a875-e7c7-4b03-a2d2-625a7135b864**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 22641.01 - PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 2-2024.pdf - **a3e24a4d-7851-4b82-abf3-c849185836ff**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 22641.01 -PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 3-2024.pdf - **922c7076-6150-4499-92fc-0d6872bce501**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 22641.01 - PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 4-2024.pdf - **005dec06-1f59-416d-9f84-e221ebe012f1**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 69-2024.pdf - **7c422839-0969-46a8-93bc-0383de218314**
KALYNE M LACERDA - RELATORIO DE ATENDIMENTOS (1).pdf - **e65e2b2f-5352-42af-8cbf-37b1e9204f9d**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 5-2023.pdf - **c5514055-965c-49a2-a5b0-9d15c117e04e**
KALINE M LACERDA -PLANO DE TRABALHO JULHO (1).pdf - **cf74e3db-5ea1-4fd8-b258-9ca1e15072bc**
KALYNE M LACERDA - RELATORIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 05-2023.pdf - **a7c7681d-7d6d-4490-a3ea-144049592228**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 5-2023 - MAIO (1).pdf - **258dff6f-898a-4f53-bf5d-a84e96333030**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 06-2023.pdf - **979a7036-5b85-48a2-9ee5-a089613d3d5b**
KALYNE M LACERDA - PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 18-2023.pdf - **ce1e7e07-8c50-4520-9e2e-c457d64bea7b**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 33-2023.pdf - **3a96f3e1-c118-4d7d-b851-c852d343e3da**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 07-2023.pdf - **6bacfa4f-695d-4caa-83c6-3bc60f7754ba**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 34-2023 - DEZEMBRO.pdf - **ccbc8e20-a6ef-418b-80e6-0bcaf318ac5b**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 51-2023 - AGOSTO.pdf - **c33b6833-7a1e-4152-b569-c130dffa031f**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 76-2023 - SETEMBRO.pdf - **56f4b97c-bcf0-4349-92ea-7a38a39bb0aa**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 93-2024 - JANEIRO (1).pdf - **caa471d0-4bf0-4fbd-b063-047f578079ba**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 105-2023 - OUTUBRO.pdf - **ccaa494f-8a8d-46d7-b357-f0d9f36fe431**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 161-2023 - NOVEMBRO (1).pdf - **cbcb8e47-d24f-49ae-97c0-de16d3b1f921**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 216-2024 - MARÇO (2).pdf - **2db8b7ba-affb-49f5-a45c-4103f4250afb**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 165-2024 - FEVEREIRO (1).pdf - **40e7c5c0-3625-45a6-818a-f906e22d7446**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 315-2024 - ABRIL.pdf - **b5ad7196-9493-4189-8993-31c4d6ae8ab3**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 417-2024 - JUNHO.pdf - **e9c300e6-a5b9-47b4-811a-75107fe9848f**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 403-2024 - MAIO.pdf - **79831a7b-7337-41ba-8f1b-232da3787b09**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 12/07/2024 é(são) :

FRANCIELE GARBIN PINZAN OLIVEIRA (Signatário) - CPF: ***37222948** em 08/07/2024 9:10:08 - OK

Tipo: Assinatura Eletrônica

EDSON LUIZ PAGNUSSAT (Signatário) - CPF: ***39947918** em 09/07/2024 13:14:36 - OK

Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Praça Getúlio Vargas 280, Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
E-mail: 24horas@fozdoiguacu.pr.gov.br | Site: http://www.pmfi.pr.gov.br/
Telefone: (45) 3521-1000

Movimento

Data:	Unidade:	Recebido:	Data Recebido:	Despachado:
29/03/2023 10:56	- GAB-SMSS-Gabinente do Secretario de Saúde	Sim	29/03/2023 12.11	Não

Matrícula Funcionário (Recebimento)	Nome Funcionário (Recebimento)	Cargo (Recebimento)	
	Marcia Regina Gonçalves Lemos		
Matrícula Funcionário (Despacho)	**Nome Funcionário (Despacho)**	**Cargo (Despacho)**	
000	Joanice Schonardie Carvalho Borges	Diretora	

Parecer:

Prezada Secretária,
Considerando o plano de trabalho elaborado pela chefia imediata, e considerando também o Decreto 31172, de 23 de evereiro de 2023, no artigo 6º, § 1º:
" A concessão do teletrabalho dependerá de deferimento pela chefia imediata com anuência da autoridade máxima do órgão ou entidade e não será recebido caso não atenda a todos os requisitos constante nos incisos I a VI deste artigo, **será concedido pelo período de 6 (seis) meses, o qual poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, desde que o servidor apresente avaliação de desempenho satisfatória**, haja interesse da Administração e respeito à rotatividade prevista no art. 14 deste Decreto."
Fica determinada a concessão por 06 (seis) meses, que poderá ser prorrogada, mediante nova solicitação por parte da servidora.
Dado o exposto, segue para anuência da Secretária.

Atenciosamente,

Conforme despacho da Diretora de Saúde, Renata Carvalho, e devendo seguir o disposto no Decreto atual referente ao teletrabalho, manifestamos anuência a solicitação do requerente.
30/03/2023

RM Rosa
Rose Meri da Rosa
Secretária da Saúde
de Foz do Iguaçu
Portaria nº 75.854

Joanice Schonardie Carvalho Borges
DIGS - DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Praça Getúlio Vargas 280, Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
E-mail: 24horas@fozdoiguacu.pr.gov.br | Site: http://www.pmfi.pr.gov.br/
Telefone: (45) 3521-1000

Tramitações e Informações do Processo

Dados do Processo

Requerente	Assunto	Processo	Proc. Data
04474277414 - KALYNE MEDEIROS DE LACERDA	[PROCESSO DIGITAL] - Petição de Funcionário	9.540/2023	16/02/2023

Data	Despachado	Unidade	Situação
16/02/2023		SPT/DIAD/SMAD - Supervisão de Protocolo Geral e Arquivo	Em Tramite
Parecer: Início do andamento do processo			
17/02/2023	Fatima Ahmad Fadel	DVPFP-DICP-SMAD - Divisão de Processamento da Folha de Pagamento	Em Tramite
Parecer: Encaminha-se			
22/02/2023	Jovem dos Santos Junior	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite
Parecer: - Correção de Fluxo.			
22/02/2023	Jovem dos Santos Junior	GAB-SMAD - Gabinete do Secretario de Administração	Em Tramite
Parecer: - Senhor Secretário, informo que os valores concernentes aos calculos de rescisorios ja foram empenhadas na conta da servidora, todavia a portaria de exoneração não foi publicada. Os procedimentos realizados na DGPE, em caso de rescisão, é de praxe que o pagamento deve ser realizado até 10 dias após o pedido de rescisão, com intuito de respeitar os prazos rescisórios previstos da CLT, ja que não tem previsão legal no estatuto dos servidores publicos do Municipio. - Entretanto, conforme decisões judiciais as exoneraões ocorre com a publicação de portaria de exoneração, entendimento que será adotado por esta DGPE. - Portanto, para que seja possivel a reversão da exoneração será necessário que a servidora devolva o valor integral em uma unica parcela ao municipio, para realizar o estorno do débito contabil na SMFA. - Em se tratando do pedido de Teletrabalho, vale lembrar que nos termos do art. 8, inc. IV do decreto nº 31123/2023, veda a realização de teletrabalho para servidores em Estágio Probatório. - Assim, encaminho a Vossa Senhoria para que seja deliberado quanto a reversão da exoneração da servidora.			
10/03/2023	Nilton Aparecido Bobato	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite
Parecer: Prezada diretora: devolvo o presente processo para seja solicitada a requerente que anexe o comprovante do depósito bancário da devolução dos valores recebidos a título de rescisão, bem como de comprovante emitido pela SMSA de retorno ao trabalho, com data e atividades.			
13/03/2023	Franciele Garbin Pinzan Oliveira	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite
Parecer: Prezada Diretora: Tendo em vista o despacho da Secretaria da Administração, solicitamos comprovante emitido pela SMSA de retorno ao trabalho da servidora KALYNE MEDEIROS LACERDA, matrícula 22.641.01, detentora do cargo MÉDICO NEUROPEDIATRA JR. bem como, as atividades realizadas nas datas após o retorno da atividades da servidora, de acordo com o cancelamento do pedido de exonraraçao formulado pela sevidora em 03/02/2023, formalizado em 16/02/2023, em conformidade com os documentos apensados no requerimento da servidora. Atenciosamente. Franciele.			
21/03/2023	Renata Carvalho	SMSS/DISR/DVSAM-Divisão de Saude Mental	Em Tramite
Parecer: Segue para Antonio, analisar e responder			
21/03/2023	Andrielly Baier dos Santos	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite
Parecer: SEGUE PARA RENATA, DIRETORA RESPONDER - ANEXA DECRETO			
28/03/2023	Renata Carvalho	CRP-Protocolo Geral-Controle/Retirada/ Processo/- SPT/DPAD/SMAD	Em Tramite

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Parecer:
Prezada Dra.
KALYNE MEDEIROS DE LACERDA
Em resposta, informamos parecer **FAVORÁVEL** ao seu pedido de cancelamento de Exoneração.
Quanto ao teletrabalho, apresentamos demanda expressiva em nossa rede de saúde para área de Neuropediatria, especificamente em nosso equipamento Centro Especializado de Reabilitação CERIV. Assim, de acordo com o último **Decreto Nº 31.224 de 10 de Março de 2023**, que regula e/ou institui o regime especial de Teletrabalho informamos seu:
PLANO DE TRABALHO
Atendimento em Telemedicina Pacientes serão agendados, comunicados e orientados pela equipe do CER IV;
Dias e horários disponibilizados para Teletrabalho: Segunda-feira - 6h - 12 atendimentos;Terça-feira -12h - 12 atendimentos de manhã e 12 atendimentos à tarde - com intervalo de 1h para almoço;Sexta-feira - 6h - 12 atendimentos;Quinta-feira - 6h - matriciamento com equipe de Reabilitação Intelectual + matriciamento com Equipes de Reabilitação Intelectual da 9º regional de saúde FI + 3 à 5 atendimentos de urgência de Demandas Judiciais; Total: 30h semanais;
*** O monitoramente da Freqüência deverá ser acompanhado pela Carga Horária em sua folha Ponto que encaminharemos mensalmente ao DIGS;**
Dos Pacientes/Usuários:
Serão disponibilizadas 2 vagas (por semana), para o CAPSi, que encaminhará para agendamento, via gerência do CAPSi ao CER IV; **Perfil Paciente:** *Diagnóstico diferencial; *Síndromes genéticas associadas; *Convulsão, entre outras demandas que demande avaliação Neurológica;
*Em todos os atendimentos serão disponibilizados uma declaração de notificação de tipo de atendimento, para que o usuário dê ciência e confirme aceitação do tipo de atendimento realizado (atendimento remoto - via google meet), está declaração será anexada em seu prontuário eletrônico; No momento da ligação para agendamento, será informado do tipo de atendimento (remoto), porém, a qualquer tempo se o paciente não aceitar ele tem o direito de continuar na fila de espera para atendimento presencial com outro profissional vinculado ao CER IV;
*O usuário será atendido no Espaço do Ambulatório de Saúde Mental, com o acompanhamento da equipe técnica destes equipamento;
*A recepção do ASM que dará o "compareceu" e/ou "não compareceu" na agenda das consultas com a médica;
Das Receitas:
Receita Branca: a curto prazo - será disponibilizado uma certificação digital para a realização das receitas brancas, devendo a farmácia municipal, aceitar/receber esta certificação; **A médio prazo** - deverá ser disponibilizado para a médica um itoken para maior garantia da segurança nas suas assinaturas digitais;
Receita Amarela e Azul:
A curto prazo: os médicos psiquiatras, lotados no ASM, darão suporte com este receituário, devendo este profissional realizar a transcriçao da receita, na presença do usuário; **A médio e/ou Prazo:** deverá ser realizada uma reunião junto a 9ª Regional de FI para tratativas de aceite da Certificação Digital nas receitas Amarela e Azul; caso não seja possível, estes pacientes deverão ser encaminhados às suas Unidade de Saúde de Referência para que o Médico da Família realize tal transcrição;
Lançamento da Produção:
É obrigatório que a médica, em tela, lance todos os atendimentos realizados, na Plataforma do Sistema RP-saúde/Prontuário eletrônico adotado pela PMFI/SMSA;
***Grupo de WhatsApp:** Foi criado um grupo no whats para maior proximidade das tratativas, onde participam os gerentes: do CER IV; CAPSi; ASM; coordenador dos equipamentos; coordenadora do apoio matricial; diretora da DISR e a médica em tela;
Este plano de trabalho é inicial, podendo ser reavaliado, a qualquer tempo, devido as demandas das partes em geral.
Grata!

29/03/2023	Jonas Vittor Miranda Deniz	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Parecer:
Conforme solicitado,
encaminha-se

29/03/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	GAB-SMSS-Gabinente do Secretario de Saúde	Em Tramite

Parecer:
Prezada Secretária,
Considerando o plano de trabalho elaborado pela chefia imediata, e considerando também o Decreto 31172, de 23 de evereiro de 2023, no artigo 6º, § 1º:
" A concessão do teletrabalho dependerá de deferimento pela chefia imediata com anuência da autoridade máxima do órgão ou entidade e não será recebido caso não atenda a todos os requisitos constante nos incisos I a VI deste artigo, **será concedido pelo período de 6 (seis) meses**, **o qual poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, desde que o servidor apresente avaliação de desempenho satisfatória**, haja interesse da Administração e respeito à rotatividade prevista no art. 14 deste Decreto."
Fica determinada a concessão por 06 (seis) meses, que poderá ser prorrogada, mediante nova solicitação por parte da servidora.
Dado o exposto, segue para anuência da Secretária.

Atenciosamente,

30/03/2023	Marcia Regina Gonçalves Lemos	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Parecer:
À Diretoria de Gestão em Saúde, segue processo com Folha de Despacho anexada, assinada pela Srª Secretária, Rose Meri da Rosa, para os encaminhamentos, com prosseguimento do processo. Favor verificar com SMAD/RH Central o formulário necessário e documentação necessária para atendimento ao Decreto de teletrabalho e demais providências que envolvem a situação em tela.

17/04/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
Encaminha-se.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ D

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ATESTADOS MÉDICOS

Recebi do Servidor (a)

Ficha Médica: **2264101 - KALYNE MEDEIROS LACERDA**

Duração	Qtde	Início	Fim	Retorno ao Trabalho	Médico
Dias	**14**	18/03/2022	31/03/2022	01/04/2022	THIAGO MOURA SAURA

Foz do Iguaçu, 17 de Março de 2022.

GEOVANA FERREIRA DOS SANTOS

De acordo com decreto nº 27.575 de 03 de outubro de 2019 o referido comprovante deverá ser entregue no local de trabalho no prazo máximo de 2 dias úteis após a realização da perícia.

SMAT115.GER - 17/03/2022 - 11:04:48 FOZ DO IGUACU PREFEITURA Usuário: 1787502

Carla Vereta Bezdilnyy
Diretoria de Saude Ocupacional
CRM/PR 26361
Médico Perito Portaria 70.058

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Matternitá

mof

2264101

Kalyne Medeiros Lacerda

ATESTADO

Atesto para fins devidos que a paciente acima encontra-se gestante de segundo trimestre. Atualmente com 19 semanas e 2 dias de gestação, com data provável de parto para 27/07/2022.

Configura-se gestante de Alo Risco devido à Idade Materna avançada e mau passado obstétrico. Em virtude da pandemia pelo Covid-19, está contraindicado atendimento presencial, devendo realizar Home Office até o término da gestação.

CID D Z 35.9

Dr. Thiago Moura Saura
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PR 25911

04/03/2022

Dr. Thiago Moura Saura

Ginecologia e Obstetrícia

CRM PR 25911

O código de ética médica 1246-88 veda a informação do CID (Diagnóstico).

O mesmo será divulgado com a autorização e assinatura do paciente.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

TERMO DE POSSE

(Termo de Posse em cargo público, realizado na forma do Artigo 20, e cumpridos os requisitos do Artigo 211 "ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS" da Lei Complementar n.º17, de 30/08/1993.)

Nome: **KALYNE MEDEIROS LACERDA**

Matrícula:

Cargo: Médico Neuropediatra

Carga Horária: 30h/semanais

Classificação: 3

Padrão / Ref.:

Edital de Abertura: 001/01/2019, 1º de novembro de 2019

Edital de Convocação: 001/92/19/2022, de 26/01/2022

Ato de Nomeação: PORTARIA Nº. 73626, de 25 / 02 / 2022.

Na forma das disposições contidas na Lei Complementar nº.17, de 30 de Agosto de 1993, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Foz do Iguaçu, em decorrência da nomeação para o cargo acima referido, após aprovação regular em Concurso Público, DECLARO, para todos os efeitos legais, aceitar formalmente as atribuições, deveres e responsabilidades do cargo, prestando o compromisso de desempenhar com lealdade e exação as funções e cumprir fielmente a Constituição, a Lei Orgânica do Município, as Leis e os regulamentos do serviço público e, as normas do regime Jurídico único, na forma da legislação em vigor e perante a autoridade empossante.

Foz do Iguaçu, 1º de março de 2022.

KALYNE MEDEIROS LACERDA
Assinatura do Servidor Empossado

Diante do presente termo e do compromisso formal do servidor, declaro-o empossado e em condições para o exercício do cargo para o qual foi nomeado.

Foz do Iguaçu, 1º de março de 2022.

NILTON APARECIDO BOBATO
Secretário Municipal da Administração

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PORTARIA N° 73.626

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "a", inciso II, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, de acordo com o art. 9º, inciso I, do art. 16 e art. 17, todos da Lei Complementar nº 17, de 30 de agosto de 1993, Lei nº 1.997, de 13 de março de 1996 e alterações, e em atendimento ao Memorando Interno nº 8519, de 23 de fevereiro de 2022, emitido pela Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração;

RESOLVE:

Art. 1º Nomear a candidata **Kalyne Medeiros Lacerda**, aprovada no Concurso Público nº 001/01/2019 e convocada pelo Edital nº 001/92/19/2022, para exercer o cargo de provimento efetivo de Médico Neuropediatra, 30 horas semanais, do Grupo Especial Saúde da Família e Especialidades.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir de **1º de março de 2022**.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 25 de fevereiro de 2022.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal
da Administração

PORTARIA Nº 73.627

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe sãoconferidas pela alínea "a", inciso II, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, de acordo com o disposto no inciso III, do art. 23 da Lei nº 4.362, de 17 de agosto de 2015, e em atendimento ao Memorando Interno nº 8688, de 24 de fevereiro de 2022, da Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração;

R E S O L V E:

Art. 1º Conceder aos servidores constantes da relação abaixo, a título de Promoção Horizontal por Capacitação e/ou Treinamento, 1 (uma) referência além daquela em que se encontram enquadrados, nos termos do inciso III, do art. 23 da Lei nº 4.362/2015, tendo em vista solicitação de aposentadoria dos servidores:

MATRÍCULA	NOME	CARGO	PROCESSO DE APOSENTADORIA
12631.01	Ingrid Terezinha de Souza Fank	Professor - Nível III	5454/2022
9983.02	Jacqueline Hettwer Mezzari Abou Ghouche	Professor - Nível III	2650/2022
15495.01	Márcia Patrícia Castilho Ribeiro	Professor - Nível III	2254/2022
9644.01	Rosely Kraulich Steinmetz	Professor - Nível III	3276/2022

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus *efeitos retroativos* a **1º de setembro de 2021**.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 25 de fevereiro de 2022.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal
da Administração

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Praça Getúlio Vargas 280, Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
E-mail: 24horas@fozdoiguacu.pr.gov.br | Site: http://www.pmfi.pr.gov.br/
Telefone: (45) 3521-1000

(1)

Tramitações e Informações do Processo

Dados do Processo

Requerente	Assunto	Processo	Proc. Data
04474277414 - KALYNE MEDEIROS DE LACERDA	[PROCESSO DIGITAL] - Petição de Funcionário	9.540/2023	16/02/2023

Data	Despachado	Unidade	Situação
16/02/2023		SPT/DIAD/SMAD - Supervisão de Protocolo Geral e Arquivo	Em Tramite

Parecer:
Início do andamento do processo

17/02/2023	Fatima Ahmad Fadel	DVPFP-DICP-SMAD - Divisão de Processamento da Folha de Pagamento	Em Tramite

Parecer:
Encaminha-se

22/02/2023	Jovem dos Santos Junior	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
- Correção de Fluxo.

22/02/2023	Jovem dos Santos Junior	GAB-SMAD - Gabinete do Secretario de Administração	Em Tramite

Parecer:
- Senhor Secretário, informo que os valores concernentes aos calculos de rescisorios ja foram empenhadas na conta da servidora, todavia a portaria de exoneração não foi publicada. Os procedimentos realizados na DGPE, em caso de rescisão, é de praxe que o pagamento deve ser realizado até 10 dias após o pedido de rescisão, com intuito de respeitar os prazos rescisórios previstos da CLT, ja que não tem previsão legal no estatuto dos servidores publicos do Município.
- Entretanto, conforme decisões judiciais as exoneraões ocorre com a publicação de portaria de exoneração, entendimento que será adotado por esta DGPE.
- Portanto, para que seja possivel a reversão da exoneração será necessário que a servidora devolva o valor integral em uma unica parcela ao municipio, para realizar o estorno do débito contabil na SMFA.
- Em se tratando do pedido de Teletrabalho, vale lembrar que nos termos do art. 8, inc. IV do decreto nº 31123/2023, veda a realização de teletrabalho para servidores em Estágio Probatório.
- Assim, encaminho a Vossa Senhoria para que seja deliberado quanto a reversão da exoneração da servidora.

10/03/2023	Nilton Aparecido Bobato	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
Prezada diretora:
devolvo o presente processo para seja solicitada a requerente que anexe o comprovante do depósito bancário da devolução dos valores recebidos a título de rescisão, bem como de comprovante emitido pela SMSA de retorno ao trabalho, com data e atividades.

13/03/2023	Franciele Garbin Pinzan Oliveira	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite

Parecer:
Prezada Diretora:
Tendo em vista o despacho da Secretaria da Administração, solicitamos comprovante emitido pela SMSA de retorno ao trabalho da servidora KALYNE MEDEIROS LACERDA, matrícula 22.641.01, detentora do cargo MÉDICO NEUROPEDIATRA JR. bem como, as atividades realizadas nas datas após o retorno da atividades da servidora, de acordo com o cancelamento do pedido de exonraraçao formulado pela sevidora em 03/02/2023, formalizado em 16/02/2023, em conformidade com os documentos apensados no requerimento da servidora.
Atenciosamente.
Franciele.

21/03/2023	Renata Carvalho	SMSS/DISR/DVSAM-Divisão de Saude Mental	Em Tramite

Parecer:
Segue para Antonio, analisar e responder

21/03/2023	Andrielly Baier dos Santos	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite

Parecer:
SEGUE PARA RENATA, DIRETORA RESPONDER - ANEXA DECRETO

28/03/2023	Renata Carvalho	CRP-Protocolo Geral-Controle/Retirada/ Processo/- SPT/DPAD/SMAD	Em Tramite

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

(12) verso

Parecer:
Prezada Dra.
KALYNE MEDEIROS DE LACERDA
Em resposta, informamos parecer ***FAVORÁVEL*** *ao seu pedido de cancelamento de Exoneração.*
Quanto ao teletrabalho, apresentamos demanda expressiva em nossa rede de saúde para área de Neuropediatria, especificamente em nosso equipamento Centro Especializado de Reabilitação CERIV. Assim, de acordo com o último **Decreto Nº 31.224 de 10 de Março de 2023**, que regula e/ou institui o regime especial de Teletrabalho informamos seu:
PLANO DE TRABALHO
Atendimento em Telemedicina Pacientes serão agendados, comunicados e orientados pela equipe do CER IV;
Dias e horários disponibilizados para Teletrabalho: Segunda-feira - 6h - 12 atendimentos;Terça-feira -12h - 12 atendimentos de manhã e 12 atendimentos à tarde - com intervalo de 1h para almoço;Sexta-feira - 6h - 12 atendimentos;Quinta-feira - 6h - matriciamento com equipe de Reabilitação Intelectual + matriciamento com Equipes de Reabilitação Intelectual da 9º regional de saúde FI + 3 à 5 atendimentos de urgência de Demandas Judiciais; Total: 30h semanais;
*** O monitoramente da Freqüência deverá ser acompanhado pela Carga Horária em sua folha Ponto que encaminharemos mensalmente ao DIGS;**
Dos Pacientes/Usuários:
Serão disponibilizadas 2 vagas (por semana), para o CAPSi, que encaminhará para agendamento, via gerência do CAPSi ao CER IV; **Perfil Paciente:** *Diagnóstico diferencial; *Síndromes genéticas associadas; *Convulsão, entre outras demandas que demande avaliação Neurológica;
*Em todos os atendimentos serão disponibilizados uma declaração de notificação de tipo de atendimento, para que o usuário dê ciência e confirme aceitação do tipo de atendimento realizado (atendimento remoto - via google meet), está declaração será anexada em seu prontuário eletrônico; No momento da ligação para agendamento, será informado do tipo de atendimento (remoto), porém, a qualquer tempo se o paciente não aceitar ele tem o direito de continuar na fila de espera para atendimento presencial com outro profissional vinculado ao CER IV;
*O usuário será atendido no Espaço do Ambulatório de Saúde Mental, com o acompanhamento da equipe técnica destes equipamento;
*A recepção do ASM que dará o "compareceu" e/ou "não compareceu" na agenda das consultas com a médica;
Das Receitas:
Receita Branca: a curto prazo - será disponibilizado uma certificação digital para a realização das receitas brancas, devendo a farmácia municipal, aceitar/receber esta certificação; **A médio prazo** - deverá ser disponibilizado para a médica um itoken para maior garantia da segurança nas suas assinaturas digitais;
Receita Amarela e Azul:
A curto prazo: os médicos psiquiatras, lotados no ASM, darão suporte com este receituário, devendo este profissional realizar a transcriçao da receita, na presença do usuário; **A médio e/ou Prazo:** deverá ser realizada uma reunião junto a 9ª Regional de FI para tratativas de aceite da Certificação Digital nas receitas Amarela e Azul; caso não seja possível, estes pacientes deverão ser encaminhados às suas Unidade de Saúde de Referência para que o Médico da Família realize tal transcrição;
Lançamento da Produção:
É obrigatório que a médica, em tela, lance todos os atendimentos realizados, na Plataforma do Sistema RP-saúde/Prontuário eletrônico adotado pela PMFI/SMSA;
***Grupo de WhatsApp:** Foi criado um grupo no whals para maior proximidade das tratativas, onde participam os gerentes: do CER IV; CAPSi; ASM; coordenador dos equipamentos; coordenadora do apoio matricial; diretora da DISR e a médica em tela;
Este plano de trabalho é inicial, podendo ser reavaliado, a qualquer tempo, devido as demandas das partes em geral.
Grata!

29/03/2023	Jonas Vittor Miranda Deniz	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Parecer:
Conforme solicitado,
encaminha-se

29/03/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	GAB-SMSS-Gabinete do Secretario de Saúde	Em Tramite

Parecer:
Prezada Secretária,
Considerando o plano de trabalho elaborado pela chefia imediata, e considerando também o Decreto 31172, de 23 de evereiro de 2023, no artigo 6º, § 1º:
" A concessão do teletrabalho dependerá de deferimento pela chefia imediata com anuência da autoridade máxima do órgão ou entidade e não será recebido caso não atenda a todos os requisitos constante nos incisos I a VI deste artigo, **será concedido pelo período de 6 (seis) meses, o qual poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, desde que o servidor apresente avaliação de desempenho satisfatória,** haja interesse da Administração e respeito à rotatividade prevista no art. 14 deste Decreto."
Fica determinada a concessão por 06 (seis) meses, que poderá ser prorrogada, mediante nova solicitação por parte da servidora.
Dado o exposto, segue para anuência da Secretária.

Atenciosamente,

30/03/2023	Marcia Regina Gonçalves Lemos	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Parecer:
À Diretoria de Gestão em Saúde, segue processo com Folha de Despacho anexada, assinada pela Srª Secretária, Rose Meri da Rosa, para os encaminhamentos, com prosseguimento do processo. Favor verificar com SMAD/RH Central o formulário necessário e documentação necessária para atendimento ao Decreto de teletrabalho e demais providências que envolvem a situação em tela.

17/04/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
Encaminha-se.

A DGPE
Foi concedido 24 meses
PORTARIA nº 76.333/2023 DOM 4680

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

MAT. 22641.01 (3)

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Praça Getúlio Vargas 280, Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
E-mail: 24horas@fozdoiguacu.pr.gov.br | Site: http://www.pmfi.pr.gov.br/
Telefone: (45) 3521-1000

Movimento

Data:	Unidade:	Recebido:	Data Recebido:	Despachado:
29/03/2023 10:56	- GAB-SMSS-Gabinete do Secretario de Saúde	Sim	29/03/2023 12:11	Não

Matrícula Funcionário (Recebimento)	Nome Funcionário (Recebimento)	Cargo (Recebimento)
	Marcia Regina Gonçalves Lemos	

Matrícula Funcionário (Despacho)	Nome Funcionário (Despacho)	Cargo (Despacho)
000	Joanice Schonardie Carvalho Borges	Diretora

Parecer:

Prezada Secretária,

Considerando o plano de trabalho elaborado pela chefia imediata, e considerando também o Decreto 31172, de 23 de evereiro de 2023, no artigo 6º, § 1º:

"A concessão do teletrabalho dependerá de deferimento pela chefia imediata com anuência da autoridade máxima do órgão ou entidade e não será recebido caso não atenda a todos os requisitos constante nos incisos I a VI deste artigo, **será concedido pelo periodo de 6 (seis) meses, o qual poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos periodos, desde que o servidor apresente avaliação de desempenho satisfatória**, haja interesse da Administração e respeito à rotatividade prevista no art. 14 deste Decreto."

Fica determinada a concessão por 06 (seis) meses, que poderá ser prorrogada, mediante nova solicitação por parte da servidora.

Dado o exposto, segue para anuência da Secretária.

Atenciosamente,

Conforme despacho da Diretora de Saúde, Renata Carvalho, e devendo seguir o disposto no Decreto atual referente ao teletrabalho, manifestamos anuência a solicitação do requerente.
30/03/2023

RM Rosa

Rose Meri da Rosa
Secretária da Saúde
de Foz do Iguaçu
Portaria nº 75.854

Joanice Schonardie Carvalho Borges
DIGS - DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

(4)

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU – PR

☐ DEFERIDO

☐ INDEFERIDO

Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula: 22641.01

Data de Nascimento: 27/01/1982 Nacionalidade: BRASILEIRA

CNPJ / CPF: 044.742.774-14 RG: 2255042 SSP/PB

Estado Civil: CASADA Profissão: MÉDICA

Endereço: RUA DAS GRAÇAS, Nº 142, AP: 401 Nº 142

Bairro: GRAÇAS CEP: 52011-200

Telefone: 81-99838549 Inscrição Imobiliária:

Cidade: RECIFE - PE

Abaixo assinado, vem mui respeitosamente a Vossa Excelência, REQUERER o que segue: O CANCELAMENTO DO PEDIDO DE EXONERAÇÃO DO CARGO DE MÉDICA NEUROPEDIATRA REALIZADO EM 03/02/2023

Pelo seguinte motivo: SOLICITAR O REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO APROVADO NO DECRETO Nº 31.123 DE 08 DE FEVEREIRO DE 2023.

Termo em que,
Pede e aguarda Deferimento.

Foz do Iguaçu, 16 de FEVEREIRO de 2023

Assinatura

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

5

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
203.66703.52-2

NÚMERO
7234553

SÉRIE
0030

UF
PB

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO





Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Centro de
Infectologia
e
Clínica Médica

Atesto para os devidos
fins que Kalyne Medeiros
Macerda foi por mim atendida
em 4/3/2022 com Síndrome
Pós Covid e gestação de Risco
devido a hipertensão arterial
Acredito que pela associação
de quadros é interessante
manter a paciente em home
office

(45) 3572-8177
Rua Marechal Floriano Peixoto, 1618 - Centro - 85851-020 - Foz do Iguaçu - PR

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

tendo como sugestão sua incorporação ao serviço de Telemedicina como um "braço" de sua especialidade medica

Flavia Trench
Infectologista
CRM 12550

4/3/22

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Praça Getúlio Vargas 280, Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
E-mail: 24horas@fozdoiguacu.pr.gov.br | Site: http://www.pmfi.pr.gov.br/
Telefone: (45) 3521-1000

Tramitações e Informações do Processo

Dados do Processo

Requerente	Assunto	Processo	Proc. Data
04474277414 - KALYNE MEDEIROS DE LACERDA	[PROCESSO DIGITAL] - Petição de Funcionário	11.088/2023	28/02/2023

Data	Despachado	Unidade	Situação
28/02/2023		SPT/DIAD/SMAD - Supervisão de Protocolo Geral e Arquivo	Em Tramite
Parecer: Início do andamento do processo			
28/02/2023	Fatima Ahmad Fadel	DVDHS/DPAB/SMSA - Divisão Desenvovimento Humano em Saúde	Em Tramite
Parecer: Encaminha-se			
14/03/2023	Thais Souza dos Santos Mendes	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite
Parecer: À Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional, encaminha-se.			
17/03/2023	Renata Carvalho	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Parecer:
Prezada Drª kalyne
Em resposta, informamos parecer favorável, quanto ao teletrabalho, uma vez que apresentamos demanda expressiva em nossa rede de saúde para área de Neuropediatria, especificamente em nosso equipamento Centro Especializado de Reabilitação CERIV. Assim, de acordo com o último Decreto Nº 31.224 de 10 de Março de 2023, que regula e/ou institui o regime especial de Teletrabalho informamos:
PLANO DE TRABALHO
Atendimento Telemedicina Pacientes serão agendados, comunicados e orientados pela equipe do CER IV;Dias e horários disponibilizados para Teletrabalho: Segunda-feira - 6h - atendimento ao usuário;Terça-feira -12h - atendimento ao usuário com 1h de intervalo para almoço;Sexta-feira - 6h - atendimento ao usuário;Quinta-feira - matriciamento com equipe de Reabilitação Intelectual + Equipes de RI da 9º regional de saúde FI + atendimentos urgentes de Demandas Judiciais; Total: 30h semanal
Atendimento TESTE: segunda-feira - 20 de marco as 14h
Lavinya Sibelly Lopes Vargas - DN 05/09/2017
Dos usuários: será disponibilizado 2 vagas (por semana), para o CAPSi, que encaminhará via gerência do CAPSi ao CER IV para agendamento; Perfil de paciente: *Diagnóstico diferencial; *Síndromes genéticas associadas; *Convulsão, entre outras demandas que necessite avaliação Neurológica;
*Será disponibilizado ao usuário, uma declaração no momento do atendimento, para que notifique sua ciência e acordo do tipo de atendimento realizado;
*O usuário será atendido no Espaço do Ambulatório de Saúde Mental, com o acompanhamento da equipe técnica destes equipamento;
*A recepção do ASM que dará o "compareceu" do paciente, na agenda das consultas médica;
Das Receitas:
Receita Branca: a curto prazo - será disponibilizado uma certificação digital para a realização das receitas brancas, devendo a farmácia municipal, receber com esta certificação; **A médio prazo -** será disponibilizado para a médica um itoken para garantia da segurança nas suas assinaturas digitais;
Receita Amarela e Azul:
A curto prazo: os médicos psiquiatras, lotados no ASM, darão suporte com este receituário, devendo este profissional realizar a transcriçao da receita, na presença do usuário; **A médio e/ou Prazo:** Devidos encaminhamentos para transcrição destas receitas na Unidade de Saúde de Referência do usuário;
* **Grupo de WhatsApp**: Foi criado um grupo no whats para maior proximidade das tratativas, onde participam os gerentes: do CER IV; CAPSi; ASM; coordenador dos equipamentos; coordenadora do apoio matricial; diretora da DISR e a médica em tela;
Este plano de trabalho é inicial, podendo ser reavaliado, a qualquer tempo, devido as demandas das partes em geral.
Grata!

20/03/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	SMSA/DISR- Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional	Em Tramite
Parecer: À DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL, Para complemetação das informações: Monitoramento da frequencia será por produção ou carga horária?Informar a servidora sobre os lançamentos dos atendimentos no sistema RP de caráter obrigatório.			
28/03/2023	Renata Carvalho	DIGS-SMSS-Departamento de Gestão em Saúde	Em Tramite

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Parecer:
Prezada Diretora DIGS
Joanice Carvalho Borges
Em resposta, informamos parecer favorável, quanto ao teletrabalho, uma vez que apresentamos demanda expressiva em nossa rede de saúde para área de Neuropediatria, especificamente em nosso equipamento Centro Especializado de Reabilitação CERIV. Assim, de acordo com o último Decreto Nº 31.224 de 10 de Março de 2023, que regula e/ou institui o regime especial de Teletrabalho informamos:
PLANO DE TRABALHO
Atendimento em Telemedicina Pacientes serão agendados, comunicados e orientados pela equipe do CER IV;
Dias e horários disponibilizados para Teletrabalho: Segunda-feira - 6h - 12 atendimentos;Terça-feira -12h - 12 atendimentos de manhã e 12 atendimentos à tarde - com intervalo de 1h para almoço;Sexta-feira - 6h - 12 atendimentos;Quinta-feira - 6h - matriciamento com equipe de Reabilitação Intelectual + matriciamento com Equipes de Reabilitação Intelectual da 9º regional de saúde FI + 3 à 5 atendimentos de urgência de Demandas Judiciais; Total: 30h semanais;
*** O monitoramente da Freqüência deverá ser pela Carga Horária;**
Dos Pacientes/Usuários:
Serão disponibilizadas 2 vagas (por semana), para o CAPSi, que encaminhará para agendamento, via gerência do CAPSi ao CER IV;
Perfil Paciente: *Diagnóstico diferencial; *Síndromes genéticas associadas; *Convulsão, entre outras demandas que demande avaliação Neurológica;

*Em todos os atendimentos serão disponibilizados uma declaração de notificação de tipo de atendimento, para que o usuário dê ciência e confirme aceitação do tipo de atendimento realizado (atendimento remoto - via google meet), está declaração será anexada em seu prontuário eletrônico; No momento da ligação para agendamento, será informado do tipo de atendimento (remoto), porém, a qualquer tempo se o paciente não aceitar ele tem o direito de continuar na fila de espera para atendimento presencial com outro profissional vinculado ao CER IV;
*O usuário será atendido no Espaço do Ambulatório de Saúde Mental, com o acompanhamento da equipe técnica destes equipamento;
*A recepção do ASM que dará o "compareceu" e/ou "não compareceu" na agenda das consultas com a médica;
Das Receitas:
Receita Branca: a curto prazo - será disponibilizado uma certificação digital para a realização das receitas brancas, devendo a farmácia municipal, aceitar/receber esta certificação; **A médio prazo** - deverá ser disponibilizado para a médica um itoken para maior garantia da segurança nas suas assinaturas digitais;
Receita Amarela e Azul:
A curto prazo: os médicos psiquiatras, lotados no ASM, darão suporte com este receituário, devendo este profissional realizar a transcriçao da receita, na presença do usuário; **A médio e/ou Prazo:** deverá ser realizada uma reunião junto a 9ª Regional de FI para tratativas de aceite da Certificação Digital nas receitas Amarela e Azul; caso não seja possível, estes pacientes deverão ser encaminhados às suas Unidade de Saúde de Referência para que o Médico da Família realize tal transcrição;
Lançamento da Produção:
É obrigatório que a médica, em tela, lance todos os atendimentos realizados, na Plataforma do Sistema RP-saúde/Prontuário eletrônico adotado pela PMFI/SMSA;
***Grupo de WhatsApp:** Foi criado um grupo no whats para maior proximidade das tratativas, onde participam os gerentes: do CER IV; CAPSi; ASM; coordenador dos equipamentos; coordenadora do apoio matricial; diretora da DISR e a médica em tela;
Este plano de trabalho é inicial, podendo ser reavaliado, a qualquer tempo, devido as demandas das partes em geral.
Grata!

26/05/2023	Joanice Schonardie Carvalho Borges	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
Prezada,
Informamos que o Processo foi encaminhado para a Diretoria de Gestão de Pessoas para os devidos encaminhamentos, em 17 de abril de 2023, pelo Processo nº 9540/2023.

Atenciosamente,

30/05/2023	Ary Souza de Almeida	Diretoria de Gestão de Pessoas	Em Tramite

Parecer:
SRT/Informação Faz:
Tendo em vista ao solicitado e despachos exarados devido a anuencia do pedido, esta DGPE, providenciou a Minuta da Portaria/teletrabalho, o qual ja na fase de assinatura do Sr Prefeito para efeitos de publicação.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO		
Emitente:	SMSA / DISR / DVESM / CER IV - COORDENAÇÃO	**Data:** 15/03/2023
Destinatário:	SMSA/DIGS/DVDHS - DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO EM SAÚDE.	**Número:** 13134/2023
Assunto:	REF. TELETRABALHO KALYNE MEDEIROS LACERDA - MAT. 22641.01	

Prezados,

pelo presente vimos informar que a médica neurologista KALYNE MEDEIROS LACERDA - Mat. 22641.01 realizou teletrabalho, entre os dias 16 e 28 de fevereiro de 2023, colaborando na construção dos documentos relativos ao processo de implantação da linha de cuidado da pessoa com deficiência-PCD e implantação de processo de matriciamento e outros relativos a junta reguladora da reabilitação intelectual.

Sendo essas as informações, subscrevemos.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Antonio Batista Santana Junior - Chefe da Div. dos Equipamentos de Saúde Mental

Coordenador da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial
Gabinete de Gestão Integrada Municipal - GGIM - Convênio SENASP/MJ - 003/2009

Renata Carvalho - Diretora da Saúde Mental e Residências (Portaria 74.820/2022)
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 066d790ae8a54-4025-9b06-1cf785b5b055.

DECRETO Nº 31.223, DE 10 DE MARÇO DE 2023.

Abre um Crédito Adicional Suplementar, no valor de R$ 544.476,59 (quinhentos e quarenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos) ao Orçamento Geral do Município.

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município, Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, inciso III, § 2º, do art. 5º, da Lei Municipal nº 5.208, de 29 de dezembro de 2022, e em atenção ao Memorando Interno nº 11859, de 9 de março de 2023, da Secretaria Municipal da Fazenda;

D E C R E T A:

Art. 1º Fica aberto ao Orçamento Geral do Município um Crédito Adicional Suplementar no valor de R$ 544.476,59 (quinhentos e quarenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos), na forma abaixo especificada:

09	**- SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER**	
01	- GABINETE DO SECRETÁRIO	
27 812 0540 1.021	- Construção, Reforma e Ampliação de Praças Desportivas	
4.4.90.51	- Obras e Instalações	
1.641	- Operação FINISA Lei nº 4.960/21.12.2020 – Infraestrutura e Saneamento	544.476,59
- TOTAL DA SUPLEMENTAÇÃO		**544.476,59**

Art. 2º Servirá de recurso para cobertura do Crédito de que trata o art. 1º, na forma do art. 43, § 1º, inciso IV, da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, a Operação de Crédito autorizada pela Lei nº 4.960, de 21 de dezembro de 2020.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 10 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

Salete Aparecida de Oliveira Horst
Responsável pela Secretaria Municipal da Fazenda

DECRETO Nº 31.224, DE 10 DE MARÇO DE 2023.

Altera dispositivos do Decreto nº 31.172, de 23 de fevereiro de 2023, que Institui o regime especial de teletrabalho na Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "a", do inciso I, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, e em atendimento ao Memorando Interno nº 11772, de 8 de março de 2023, da Secretaria Municipal da Administração;

D E C R E T A:

Art. 1º Fica alterado o inciso V do art. 8º do Decreto nº 31.172, de 23 de fevereiro de 2023, que passa a vigorar com a seguinte redação:

www.pmfi.pr.gov.br
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0666d790-e8a5-4402-9108-5d7855555b55.

"Art. 8º [...]

[...]

V - estiverem nos primeiros 12 (doze) meses de posse no cargo;

[...]" (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 10 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

Evandro Ferreira
Responsável pela Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação

PORTARIA N° 76.105

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "a", inciso II, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, de acordo com o art. 9º, inciso I, do art. 16 e art. 17, todos da Lei Complementar nº 17, de 30 de agosto de 1993, Lei nº 1.997, de 13 de março de 1996 e alterações, e em atendimento ao Memorando Interno nº 11684, de 8 de março de 2023, da Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração;

R E S O L V E:

Art. 1º Nomear a candidata **Ellen Kayumi Mariano Sawazaki**, aprovada no Concurso Público nº 002/01/2022 e convocada pelo Edital nº 002/24/22/2023, para exercer o cargo de provimento efetivo de **Nutricionista Júnior**, 40 horas semanais, Referência 66, do Grupo Ocupacional Profissional.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir de **13 de março de 2023**.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 9 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIO Nº 001/10/22/2023 PARA CONTRATAÇÃO POR PRAZO DETERMINADO

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, **CONVOCA** os candidatos classificados no **Processo Seletivo de Estagiário - Edital nº 001/01/2022**, destinado ao desenvolvimento de **Estágio Curricular** não obrigatório, constantes da relação anexa a este Edital, para que se apresentem junto à Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração, localizada na Praça Getúlio Vargas, nº 280, Centro, na data e horário a seguir especificados, munidos dos seguintes documentos:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários. www.pmfi.pr.gov.br
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0666c790-e8a5-4025-8106-5d7855555555.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **13.134/2023**

Assunto: **REF. TELETRABALHO KALYNE MEDEIROS LACERDA - MAT. 22641.01**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=e66d73fa-01c4-4021-9c06-5ded5ab5b055
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: e66d73fa-01c4-4021-9c06-5ded5ab5b055

Hash do Documento

AE5D3A7C8B5290598BD1823B136EB87D31225289B3E74BFC0E9B23173F1E24D7

Anexos

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO_TELETRATRABALHO_DECRETO.pdf - **d2240110-ec9a-4813-ae91-5a0e378d7663**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 15/03/2023 10:24:11 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 15/03/2023 11:53:51 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

RENATA CARVALHO (Signatário) - CPF: ***00081996** em 15/03/2023 10:28:16 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 15/03/2023 15:51:36 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO		
Emitente:	SMSA / DISR / DVESM / CER IV - COORDENAÇÃO	**Data:** 29/03/2023
Destinatário:	SMSA / DISR – DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL; SMSA/DIGS/DVDHS - DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO EM SAÚDE; SMSA / DISR / DVESM / CER IV - COORDENAÇÃO.	**Número:** 16675/2023
Assunto:	REF. PLANO DE TRABALHO SERVIDORA KALYNE MEDEIROS LACERDA / TELETRABALHO	

Prezados,

pelo presente e considerando com o Decreto Nº 31.224 de 10 de Março de 2023, que regula e/ou institui o regime especial de Teletrabalho vimos apresentar plano de trabalho que norteará o atendimento em telemedicina da servidora neuropediatra Kalyne Medeiros Lacerda:

1- Do agendamento dos atendimentos modalidade teletrabalho (período 01/03/2023 a 31/03/2023)

Pacientes serão agendados, comunicados e orientados pela equipe do CER IV;

2- Dos dias e horários disponibilizados para Teletrabalho:

- Segunda-feira - 6h - 12 atendimentos;
- Terça-feira -12h - 12 atendimentos de manhã e 12 atendimentos à tarde - com intervalo de 1h para almoço;
- Sexta-feira - 6h - 12 atendimentos;
- Quinta-feira - 6h - matriciamento com equipe de Reabilitação Intelectual + matriciamento com Equipes de Reabilitação Intelectual da 9º regional de saúde FI + 3 à 5 atendimentos de urgência de Demandas Judiciais;
- Total: 30h semanais;

3- Da modalidade de monitoramento da frequência:

Carga Horária semanal

4- Dos Pacientes / Usuários:

Serão disponibilizadas 2 vagas (por semana), para o CAPSi, que encaminhará para agendamento, via gerência do CAPSi ao CER IV; Perfil Paciente: *Diagnóstico diferencial; *Síndromes genéticas associadas; *Convulsão, entre outras demandas que demande avaliação Neurológica;

5- Outros esclarecimentos:

A)Em todos os atendimentos serão disponibilizados uma declaração de notificação de tipo de atendimento, para que o usuário dê ciência e confirme aceitação do tipo de atendimento realizado

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 92af0190-fe81-4524-81c9-8087-1d7885b2e776.

(atendimento remoto - via plataforma *google meet*), está declaração será anexada em seu prontuário eletrônico; No momento da ligação para agendamento, será informado do tipo de atendimento (remoto), porém, a qualquer tempo se o paciente não aceitar ele tem o direito de continuar na fila de espera para atendimento presencial com outro profissional vinculado ao CER IV;

B)Os pacientes / usuários serão atendidos no Espaço do Ambulatório de Saúde Menta (ASM), com o acompanhamento da equipe técnica destes equipamento;

C) A recepção do ASM que dará o "compareceu" e/ou "não compareceu" na agenda das consultas com a médica;

6 - Das Receitas:

Receita Branca: a curto prazo - será disponibilizado uma certificação digital para a realização das receitas brancas, devendo a farmácia municipal, aceitar/receber esta certificação; A médio prazo - deverá ser disponibilizado para a médica um itoken para maior garantia da segurança nas suas assinaturas digitais;

Receita Amarela e Azul: A curto prazo: os médicos psiquiatras, lotados no ASM, darão suporte com este receituário, devendo este profissional realizar a transcrição da receita, na presença do usuário; A médio e/ou Prazo: deverá ser realizada uma reunião junto a 9ª Regional de FI para tratativas de aceite da Certificação Digital nas receitas Amarela e Azul; caso não seja possível, estes pacientes deverão ser encaminhados às suas Unidade de Saúde de Referência para que o Médico da Família realize tal transcrição;

7- Do lançamento da produção:

É obrigatório que a médica, em tela, lance todos os atendimentos realizados, na Plataforma do Sistema RP-saúde/Prontuário eletrônico adotado pela PMFI/SMSA;

8- Do grupo em aplicativo de mensagens / *Whatsapp:*

Criado visando maior proximidade das tratativas, onde participam os gerentes: do CER IV; CAPSi; ASM; coordenador dos equipamentos; coordenadora do apoio matricial; diretora da DISR e a médica em tela;

9- Das considerações finais:

Este plano de trabalho é inicial, podendo ser reavaliado, a qualquer tempo, devido as demandas que porventura sejam apresentadas pelas partes envolvidas.

Sendo essas as informações, subscrevemos.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Antônio Batista Santana Junior - Diretor da Saúde Mental e Residência Multiprofissional (Portaria 76.224/2023)
Vice-Presidente COMUD

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 82af0190-fe81-4524-81c9-8087-1bf78852e776.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **16.675/2023**

Assunto: **REF. PLANO DE TRABALHO SERVIDORA KALYNE MEDEIROS LACERDA / TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=82e91b1f-d152-4dc9-9887-2b6add2e776a

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
82e91b1f-d152-4dc9-9887-2b6add2e776a

Hash do Documento

5516DC72A7F9B51EF56596F8CFD70D9102DDD867994A90FF8C23CF3DD201FEB1

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 13/07/2023 14:45:02 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 13/07/2023 14:44:26 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO		
Emitente:	SMSA / DISR / DVESM / CER IV - COORDENAÇÃO	**Data:** 15/03/2023
Destinatário:	SMSA/DIGS/DVDHS - DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO EM SAÚDE.	**Número:** 13145/2023
Assunto:	REF. TELETRABALHO KALYNE MEDEIROS LACERDA - MAT. 22641.01	

Prezados,

pelo presente vimos informar que a médica neurologista KALYNE MEDEIROS LACERDA - Mat. 22641.01 encontra-se realizando teletrabalho, entre os dias 01 à 17 de março de 2023, colaborando na construção dos documentos relativos ao processo de implantação da linha de cuidado da pessoa com deficiência- PCD e implantação de processo de matriciamento e outros relativos a junta reguladora da reabilitação intelectual.

Sendo essas as informações, subscrevemos.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Antonio Batista Santana Junior - Chefe da Div. dos Equipamentos de Saúde Mental

Coordenador da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial
Gabinete de Gestão Integrada Municipal - GGIM - Convênio SENASP/MJ - 003/2009

Renata Carvalho - Diretora da Saúde Mental e Residências (Portaria 74.820/2022)
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

DECRETO Nº 31.223, DE 10 DE MARÇO DE 2023.

Abre um Crédito Adicional Suplementar, no valor de R$ 544.476,59 (quinhentos e quarenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos) ao Orçamento Geral do Município.

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município, Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, inciso III, § 2º, do art. 5º, da Lei Municipal nº 5.208, de 29 de dezembro de 2022, e em atenção ao Memorando Interno nº 11859, de 9 de março de 2023, da Secretaria Municipal da Fazenda;

D E C R E T A:

Art. 1º Fica aberto ao Orçamento Geral do Município um Crédito Adicional Suplementar no valor de R$ 544.476,59 (quinhentos e quarenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos), na forma abaixo especificada:

09	**- SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER**	
01	- GABINETE DO SECRETÁRIO	
27 812 0540 1.021	- Construção, Reforma e Ampliação de Praças Desportivas	
4.4.90.51	- Obras e Instalações	
1.641	- Operação FINISA Lei nº 4.960/21.12.2020 – Infraestrutura e Saneamento	544.476,59
- TOTAL DA SUPLEMENTAÇÃO		**544.476,59**

Art. 2º Servirá de recurso para cobertura do Crédito de que trata o art. 1º, na forma do art. 43, § 1º, inciso IV, da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, a Operação de Crédito autorizada pela Lei nº 4.960, de 21 de dezembro de 2020.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 10 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

Salete Aparecida de Oliveira Horst
Responsável pela Secretaria Municipal da Fazenda

DECRETO Nº 31.224, DE 10 DE MARÇO DE 2023.

Altera dispositivos do Decreto nº 31.172, de 23 de fevereiro de 2023, que Institui o regime especial de teletrabalho na Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "a", do inciso I, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, e em atendimento ao Memorando Interno nº 11772, de 8 de março de 2023, da Secretaria Municipal da Administração;

D E C R E T A:

Art. 1º Fica alterado o inciso V do art. 8º do Decreto nº 31.172, de 23 de fevereiro de 2023, que passa a vigorar com a seguinte redação:

www.pmfi.pr.gov.br
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

"Art. 8º [...]

[...]

V - estiverem nos primeiros 12 (doze) meses de posse no cargo;

[...]" (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 10 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

Evandro Ferreira
Responsável pela Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação

PORTARIA N° 76.105

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "a", inciso II, do art. 86 da Lei Orgânica do Município, de acordo com o art. 9º, inciso I, do art. 16 e art. 17, todos da Lei Complementar nº 17, de 30 de agosto de 1993, Lei nº 1.997, de 13 de março de 1996 e alterações, e em atendimento ao Memorando Interno nº 11684, de 8 de março de 2023, da Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração;

R E S O L V E:

Art. 1º Nomear a candidata **Ellen Kayumi Mariano Sawazaki**, aprovada no Concurso Público nº 002/01/2022 e convocada pelo Edital nº 002/24/22/2023, para exercer o cargo de provimento efetivo de **Nutricionista Júnior**, 40 horas semanais, Referência 66, do Grupo Ocupacional Profissional.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir de **13 de março de 2023**.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 9 de março de 2023.

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIO Nº 001/10/22/2023 PARA CONTRATAÇÃO POR PRAZO DETERMINADO

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, **CONVOCA** os candidatos classificados no **Processo Seletivo de Estagiário - Edital nº 001/01/2022**, destinado ao desenvolvimento de **Estágio Curricular** não obrigatório, constantes da relação anexa a este Edital, para que se apresentem junto à Diretoria de Gestão de Pessoas, subordinada à Secretaria Municipal da Administração, localizada na Praça Getúlio Vargas, nº 280, Centro, na data e horário a seguir especificados, munidos dos seguintes documentos:

www.pmfi.pr.gov.br
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO		
Emitente:	SMSA / DISR / DVESM / CER IV - COORDENAÇÃO	**Data:** 15/03/2023
Destinatário:	SMSA/DIGS/DVDHS - DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO EM SAÚDE.	**Número:** 13134/2023
Assunto:	REF. TELETRABALHO KALYNE MEDEIROS LACERDA - MAT. 22641.01	

Prezados,

pelo presente vimos informar que a médica neurologista KALYNE MEDEIROS LACERDA - Mat. 22641.01 realizou teletrabalho, entre os dias 16 e 28 de fevereiro de 2023, colaborando na construção dos documentos relativos ao processo de implantação da linha de cuidado da pessoa com deficiência-PCD e implantação de processo de matriciamento e outros relativos a junta reguladora da reabilitação intelectual.

Sendo essas as informações, subscrevemos.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Antonio Batista Santana Junior - Chefe da Div. dos Equipamentos de Saúde Mental

Coordenador da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial
Gabinete de Gestão Integrada Municipal - GGIM - Convênio SENASP/MJ - 003/2009

Renata Carvalho - Diretora da Saúde Mental e Residências (Portaria 74.820/2022)
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código e66d73fa-01c4-4021-9c06-5ded5ab5b055.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU – PR

☐ **DEFERIDO**

☐ **INDEFERIDO**

Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA Matricula: 22641.01

Data de Nascimento: 27 / 01 / 1982 Nacionalidade: BRASILEIRA

CNPJ / CPF- 044.742.774-14 RG 2255042 - SSP/PB

Estado Civil: CASADA Profissão: MÉDICA

Endereço: RUA DAS GRAÇAS, APTO 401 Nº 142

Bairro: GRAÇAS CEP: 52011-200

Telefone: 81-996072292 Inscrição Imobiliária:

Cidade RECIFE - PE

Abaixo assinado, vem mui respeitosamente a Vossa Excelência, REQUERER o que segue: PRESTAR SERVIÇO DE NEUROPEDIATRIA VIA REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO APROVADO EM DECRETO Nº 31.172 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2023.

Pelo seguinte motivo

POR MOTIVOS DE SAÚDE DOS MEUS DOIS FILHOS, UM DE 4 ANOS E OUTRO DE 7 MESES E PELO TRABALHO HÍBRIDO DO MEU ESPOSO, SERVIDOR DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE.

Termo em que,
Pede e aguarda Deferimento,

Foz do Iguaçu, 25 de FEVEREIRO de 2023.

Kalyne Medeiros Lacerda
Assinatura

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

COMPROVANTE DE PERICIA MÉDICA

Informamos que, de acordo com a perícia médica realizada em 20/06/2022 de:

(X) L A Licença para Tratamento de Saúde	( ) L P F Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.	( ) L T Licença por Acidente em Serviço	( ) R F Programa Funcional

Foi:

( ) Concedida; (X) Prorrogada; ( ) Interrompida; (X) Retorno às atividades;

Readequação Funcional no cargo de concurso com as seguintes Limitações

Readequação Funcional - Orientação de atividades a serem desenvolvidas:

Para o servidor KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula 22641.01

Lotado na SMSA , no período de 15/06/2022 a 31/07/2022, quando deverá:

( ) Comparecer ao setor de perícia médica no dia ____/____/_____ às _____:_____ horas.

Trazer:

(X) retornar ao trabalho em 01/08/2022, pois estará de alta ao final da licença.

( ) Retorno ao trabalho em ____/____/_____, pois recebeu alta.

( ) Readequação funcional definitiva a partir de ___/___/_____.

Protocolo 3.232

Goreti Aparecida da Rosa
Assistente Administrativo - ESPECIALISTA
Matrícula 13578-01
Diretoria de Saúde Ocupacional/SMAD
Assinatura

Obs.: Entregar este documento em seu local de trabalho no prazo máximo de 48 horas após a perícia médica.

Recebi em ____/____/_____.

KALYNE MEDEIROS LACERDA

enviada 20/07

Kalyne Lacerda 1@ hotm

Comp.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura de FOZ DO IGUAÇU

Secretaria Municipal da Administração
Diretoria de Saúde Ocupacional

LAUDO DA PERÍCIA MÉDICA

MATRÍCULA: 22641.01
NOME: Kalyne Medeiros Lacerda
CARGO: médico neuropediatra
DATA DO INÍCIO DO AFASTAMENTO: _____
PERÍODO DAULTIMA PERÍCIA: 01.04.2022 A 14.06.2022

01 – ESTÀ O (A) SERVIDOR (A) INCAPACITADO (A) PARA O TRABALHO?
(X) SIM ( ) NÃO

02 – NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA DO QUESITO 01 INFORMAR:

ESTA LICENÇA SERÁ CONCEDIDA NO PERÍODO DE:

Nº. DE DIAS. ±45

03 – CONCEDIDA ALTA AO (A) SERVIDOR (A) APÓS O TERMINO DALICENÇA?
(X) SIM ( ) NÃO

04 – E SUSCETIVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU PRÓPRIO TRABALHO?
(X) SIM ( ) NÃO

05- SERVIDOR (A) ENCAMINHADO (A) :
( ) PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
( ) JUNTA MÉDICA OFICIAL
( ) APOIO PSICOLÓGICO
( ) SERVIÇO SOCIAL
( ) PERITO OFICIAL
( ) EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

06 – SERVIDOR (A) DEVERÁ APRESENTAR PARA A PRÓXIMA PERÍCIA:

07- OUTRAS INFORMAÇÕES: _____

FOZ DO IGUAÇU, 20 / 06 / 22.

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Carla Vereta Bazilinyy
Diretoria de Saúde Ocupacional
CRM/PR 28361
Médico Perito - Portaria 70.058

PARA USO DO ADMINISTRATIVO DA PERÍCIA: ( ) LTS
PARA USO ENFERMEIRA DO TRABALHO: ( ) LTC ( ) LTP

PERÍCIA: 1 SEQUENCIA: 2
TIPO: _____ POR: _____ DIAS
A PARTIR DE 15 / 06 / 2022 a 31 / 07 / 2022.
DATA AGENDADA DA PRÓXIMA PERÍCIA: ____ / ____ / ____.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ D

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Dados Contratuais:

Servidor: KALYNE MEDEIROS LACERDA
Matrícula: 22641.01
Cargo: MÉDICO NEUROPEDIATRA
Data Admissão: 01/03/2022
Local de Trabalho: SMSA - Coordenação CER IV

2 - Dados Pessoais:

Data de Nascimento: 27/01/1982 **Idade:** 40
Endereço Residencial: AV ANDRADINA nº 31 - casa 3
Telefone: (81) 998385549 - (81) 998385549
Estado Civil: Casado

Situação	Afastamento	Término	Qtd Dias	CID
14 - Atestado	04/03/2022	04/03/2022	1	
14 - Atestado	18/03/2022	31/03/2022	14	Z35 - Supervisao de gravidez de alto risco
3 - LTS - Licença Tratamento Saúde	01/04/2022	14/06/2022	75	Z359 - Supervisao nao especificada de gravidez de alto risco

Total de Afastamentos --> 3 **Total de Dias Afastados -->** 90

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

PERÍCIA EM 00/00/0000. AS ____:____ HORAS.

PADRÃO DE QUESITOS

Prezado Doutor (a):
Solicitamos seus préstimos no sentido de fornecer as informações abaixo relacionadas, do funcionário nominado a seguir, afim de orientar conduta médico-pericial.
Informamos que o trâmite deste documento deve ser feito resguardando-se o seu caráter sigiloso, para que não sejam feridos os preceitos éticos médicos.

ESPECIALIDADE REQUERIDA: GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA **Matrícula:** 22641.01 **Idade:** 40

Cargo: 13.005.01 -MEDICO NEUROPEDIATRA

Secretaria: SMSA **Local de trabalho:**

Endereço residencial

Rua: AV ANDRADINA nº 31 **Bairro:** VILA A

Telefone residencial: **Celular:**

Atividade que desenvolve atualmente.
medica neuropediatra, carga horária de 30h/semana.

INFORMAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1 - CID 10: Z35.9 CID 10: O24 CID 10: _____

2 - Data de início da doença: 04/03/22 Data de início do tratamento: 04/03/22

3 - Foram solicitados exames complementares? SIM (X) NÃO ( )

4 - Em caso afirmativo, citar os exames complementares realizados e comentar informações referentes aos resultados dos exames que sejam relevantes para o caso. TOTG 75g, idade avançada.

5 - Realizado tratamento: A) Cirúrgico_____ B) Clinico Sim C) Outros_____.

A e C Especificar: _____

Comentar o resultado obtido e situação clinica atual do servidor: _____

6 - Esta o servidor incapacitado para o trabalho? SIM (X) NÃO ( )

7 - Em caso de SIM para o quesito 6, previsão de período de afastamento.
Durante o período gestacional

8 - Presença de sequelas? SIM ( ) NÃO (X)

Relacionar Limitações: Uma vez que se trata de gestação de alto risco, com comorbidades importantes para mãe e feto.

9 - Prognóstico: Incerto

Observação que julgar necessário: _____

Dr Thiago Moura Saura
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PR 25911

Foz do Iguaçu PR. 15/06/22.

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO ASSISTENTE

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.
Digitalizado com CamScanner

Matternitá

Kalyne Medeiros Lacerda

ATESTADO

Atesto para devidos fins trabalhistas que a paciente acima encontra-se gestante de terceiro trimestre. Atualmente com *32* semanas de gestação, com data provável para *27/07/2022*.

Configura-se gestante de Alto Risco devido a idade materna avançada e mau passado obstétrico. Em virtude do Covid-19, está contraindicado atendimento presencial, devendo realizar Home Office até o término da gestação.

CID D Z *35.9*

Dr Thiago Moura Saura
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PR 25911

01/06/2022

Dr. Thiago Moura Saura

Ginecologia e Obstetrícia

CRM PR 25911

Av. Marechal Floriano Peixoto, 1618 - Sala 04 - Foz do Iguaçu - PR
45 99917-7578 matternitafoz

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Portaria: 73.763
Publicado em: 22/03/22
Diário Oficial do Município
Nº 4370 Pág. 11

COMPROVANTE DE PERICIA MÉDICA

Informamos que, de acordo com a perícia médica realizada em 17/03/2022 de:

(X) L A Licença para Tratamento de Saúde	( ) L P F Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.	( ) L T Licença por Acidente em Serviço	( ) R F Programa Funcional

Foi:

(X) Concedida; ( ) Prorrogada; ( ) Interrompida; ( ) Retorno às atividades;

Readequação Funcional no cargo de concurso com as seguintes Limitações

_____

_____

_____

_____

_____

Readequação Funcional - Orientação de atividades a serem desenvolvidas:

_____

_____

_____

_____

_____

Para o servidor KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula 22641.01

Lotado na SMSA , no período de 01/04/2022 a 14/06/2022, quando deverá:

(X) comparecer ao setor de perícia médica no dia 14/06/2022 às 00:00 horas.

Trazer Parecer: Obstetrícia

( ) Retornar ao trabalho em ____/____/_____, pois estará de alta ao final da licença.

( ) Retorno ao trabalho em ____/____/_____, pois recebeu alta.

( ) Readequação funcional definitiva a partir de ___/___/_____.

GRACIELLE LUZIA DA SILVA
Assistente Administrativo Especializada
Matrícula 22641
Diretoria de Saúde Ocupacional - SMAD

_____
Assinatura

Obs.: Entregar este documento em seu local de trabalho no prazo máximo de 48 horas após a perícia médica.

Recebi em ____/____/_____.

_____
KALYNE MEDEIROS LACERDA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Portaria: 73763
Publicado em: 22/03/2022
Diário Oficial do Município
Nº 4340 Pág. 11

COMPROVANTE DE PERICIA MÉDICA

Informamos que, de acordo com a perícia médica realizada em 17/03/2022 de:

(X) L A Licença para Tratamento de Saúde	( ) L P F Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.	( ) L T Licença por Acidente em Serviço	( ) R F Programa Funcional

Foi:

(X) Concedida; ( ) Prorrogada; ( ) Interrompida; ( ) Retorno às atividades;

Readequação Funcional no cargo de concurso com as seguintes Limitações

Readequação Funcional - Orientação de atividades a serem desenvolvidas: P. 147 L

Para o servidor KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula 22641.01

Lotado na SMSA , no período de 01/04/2022 a 14/06/2022, quando deverá:

(X) comparecer ao setor de perícia médica no dia 14/06/2022 às 00:00 horas.

Trazer Parecer: Obstetrícia

( ) Retornar ao trabalho em ____/____/_____, pois estará de alta ao final da licença.

( ) Retorno ao trabalho em ____/____/_____, pois recebeu alta.

( ) Readequação funcional definitiva a partir de ___/___/_____.

Gorett Aparecida da Rosse
Assistente Administrativo - ESPECIALISTA
Matrícula 13578-01
Diretoria de Saúde Ocupacional/SMAD

Assinatura

Obs.: Entregar este documento em seu local de trabalho no prazo máximo de 48 horas após a perícia médica.

Recebi em ____/____/_____.

KALYNE MEDEIROS LACERDA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Relatório Médico Pericial Resumido

Data emissão: 17/03/2022
Servidor: 2264101 - KALYNE MEDEIROS LACERDA
Cargo: MÉDICO NEUROPEDIATRA
Nº Atestados médicos apresentados:

Perícia: 1 **Sequência:** 1
Início afastamento: 01/04/2022 **Portaria Original:**
Período licença anterior: A **Portaria Anterior:**

1 - CID 10: Z35.9 **CID 10:**_____ **CID 10:**_____

Médico Assistente THIAGO MOURA SAURA

1 - Está o servidor incapacitado para o cargo?
SIM (X) NÃO ( )

2 - Esta licença deverá ser concedida para o período de:
01/04/2022 a 14/06/2022

3 - Concedida alta ao servidor após o término desta licença?
SIM ( ) NÃO (X)

4 - O servidor deverá ser encaminhado ao Programa de Reabilitação Funcional?
SIM ( ) NÃO (X)

Citar limitações:_____

5 - O servidor deverá apresentar para a próxima perícia:
Encaminhamento:Obstetrícia

6 - Outras informações a critério do médico perito:
LTS concedida para complementar atestado de (SUGERIDO ATÉ O PARTO, PREVISTO PARA ATÉ DIA 27/07/2022 dias, emitido em 04/03/2022 pelo médico assistente - foi possível lançar 14 dias de atestado, e, neste ato, 75 dias de LICENÇ (Perícia documental.)

Data da Perícia: 17/03/2022

_____
Assinatura e carimbo do Médico Perito

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura de FOZ DO IGUAÇU

Secretaria Municipal da Administração
Diretoria de Saúde Ocupacional

LAUDO DA PERÍCIA MÉDICA

MATRÍCULA: 2264 (01)
NOME: Kalyane Medeiros Lacerda.
CARGO: _____
DATA DO INÍCIO DO AFASTAMENTO: _____
PERÍODO DAULTIMA PERÍCIA: _____ A _____

01 – ESTÀ O (A) SERVIDOR (A) INCAPACITADO (A) PARA O TRABALHO?
(X) SIM ( ) NÃO

02 – NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA DO QUESITO 01 INFORMAR:

ESTA LICENÇA SERÁ CONCEDIDA NO PERÍODO DE:

Nº. DE DIAS. 75.

03 – CONCEDIDA ALTA AO (A) SERVIDOR (A) APÓS O TERMINO DALICENÇA?
( ) SIM (X) NÃO

04 – E SUSCETIVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU PRÓPRIO TRABALHO?
(X) SIM ( ) NÃO

05- SERVIDOR (A) ENCAMINHADO (A) :
( ) PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
( ) JUNTA MÉDICA OFICIAL
( ) APOIO PSICOLÓGICO
( ) SERVIÇO SOCIAL
( ) PERITO OFICIAL
( ) EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

06 – SERVIDOR (A) DEVERÁ APRESENTAR PARA A PRÓXIMA PERÍCIA:
novo PØ (Obstetrício)

07- OUTRAS INFORMAÇÕES:

FOZ DO IGUAÇU, 17 / 03 / 22.

Carla Vereta Bezditnyy
Diretoria de Saude Ocupacional
CRM/PR 26361
Médico Perito - Portaria 70.058

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PARA USO DO ADMINISTRATIVO DA PERÍCIA: ( ) LAC ( ) LAP
PARA USO ENFERMEIRA DO TRABALHO: ( ) LTC ( ) LTP

PERÍCIA: _____ SEQUENCIA: _____
TIPO: _____ POR: _____ DIAS
A PARTIR DE 01 / 04 / 2022 a 14 / 06 / 2022
DATA AGENDADA DA PRÓXIMA PERÍCIA: / /

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ D

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Dados Contratuais:

Servidor: KALYNE MEDEIROS LACERDA
Matrícula: 22641.01
Cargo: MÉDICO NEUROPEDIATRA
Data Admissão: 01/03/2022
Local de Trabalho: SMSA - Coordenação CER IV

2 - Dados Pessoais:

Data de Nascimento: 27/01/1982 **Idade:** 40
Endereço Residencial: AV ANDRADINA nº 31 - casa 3
Telefone: (81) 998385549 - (81) 998385549
Estado Civil: Casado

Situação	Afastamento	Término	Qtd Dias	CID
14 - Atestado	04/03/2022	04/03/2022	1	
14 - Atestado	18/03/2022	31/03/2022	14	Z35 - Supervisao de gravidez de alto risco

Total de Afastamentos --> 2 **Total de Dias Afastados -->** 15

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ D

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ATESTADOS MÉDICOS

Recebi do Servidor (a)

Ficha Médica: **2264101 - KALYNE MEDEIROS LACERDA**

Duração	Qtde	Início	Fim	Retorno ao Trabalho	Médico
Dias	**14**	18/03/2022	31/03/2022	01/04/2022	THIAGO MOURA SAURA

Foz do Iguaçu, 17 de Março de 2022.

GEOVANA FERREIRA DOS SANTOS

De acordo com decreto nº 27.575 de 03 de outubro de 2019 o referido comprovante deverá ser entregue no local de trabalho no prazo máximo de 2 dias úteis após a realização da perícia.

SMAT115.GER - 17/03/2022 - 11:04:48 FOZ DO IGUACU PREFEITURA Usuário: 1787502

Carla Vereta Bezdilnyy
Diretoria de Saude Ocupacional
CRM/PR 26361
Médico Perito Portaria 70.058

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Matternitá

Kalyne Medeiros Lacerda

2262401

ATESTADO

Atesto para fins devidos que a paciente acima encontra-se gestante de segundo trimestre. Atualmente com 19 semanas e 2 dias de gestação, com data provável de parto para 27/07/2022.

Configura-se gestante de Alo Risco devido à Idade Materna avançada e mau passado obstétrico. Em virtude da pandemia pelo Covid-19, está contraindicado atendimento presencial, devendo realizar Home Office até o término da gestação.

CID D Z 35.9

Dr. Thiago Moura Saura
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PR 25911

04/03/2022

Dr. Thiago Moura Saura

Ginecologia e Obstetrícia

CRM PR 25911

O código de ética médica 1246-88 veda a informação do CID (Diagnóstico).

O mesmo será divulgado com a autorização e assinatura do paciente.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Centro de
Infectologia
e
Clínica Médica

Atesto para os devidos
fins que Kalyne Medeiros
Macedo foi por mim atendida
em 4/3/2022 com Síndrome
Pós Covid e gestação de Risco
devido a hipertensão arterial
Acredito que pela associação
de quadros e intercorrente
manter a paciente em home
office

(45) 3572-8177
Rua Marechal Floriano Peixoto, 1618 - Centro - 85851-020 - Foz do Iguaçu - PR

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Tendo como sugestão uma
incorporação ao serviço de
Telemedicina como um
"braço" de sua especialidade
médica

Flavia Trench
Infectologista
CRM 12550

4/3/22

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

COMPROVANTE DE PERICIA MÉDICA

Informamos que, de acordo com a perícia médica realizada em 20/06/2022 de:

(X) L A Licença para Tratamento de Saúde	( ) L P F Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.	( ) L T Licença por Acidente em Serviço	( ) R F Programa Funcional

Foi:

( ) Concedida; ( ) Prorrogada; (X) Interrompida; ( ) Retorno às atividades;

Readequação Funcional no cargo de concurso com as seguintes Limitações

Readequação Funcional - Orientação de atividades a serem desenvolvidas:

Protocolo 3839

Para o servidor KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula 22641.01

Lotado na SMSA , no período de 15/06/2022 a 19/07/2022, quando deverá:

( ) Comparecer ao setor de perícia médica no dia ____/____/_____ às _____:_____ horas.

Trazer:_____

( ) Retornar ao trabalho em ____/____/_____, pois estará de alta ao final da licença.

(X) retorno ao trabalho em 20/07/2022, pois recebeu alta.

( ) Readequação funcional definitiva a partir de ___/___/_____.

Alessandra Paranhos
Agente Administrativo
Diretoria de Saúde Ocupacional/SMAD
Matrícula 22824.01

Alessandra

Assinatura

Obs.: Entregar este documento em seu local de trabalho no prazo máximo de 48 horas após a perícia médica.

Recebi em ____/____/_____.

KALYNE MEDEIROS LACERDA

respondido DGPE 27/07

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Gmail

Diretoria Saúde Ocupacional <disopmfi2018@gmail.com>

Interrupção de atestado

1 mensagem

DVBIP DGPE <dgpedvbip@gmail.com>
Para: disopmfi2018 <disopmfi2018@gmail.com>

27 de julho de 2022 11:38

Bom dia,

Tendo em vista atestado médico e certidão apresentada pela servidora KALYNE MEDEIROS LACERDA, matrícula 22641.01 (apenso), solicitamos a interrupção do atestado anteriormente lançado (15/06 a 31/07/2022) para lançamento de ***licença maternidade a partir de 20/07/2022.***
No aguardo. Obrigada,

Atenciosamente,

Marta Beatriz Locks
Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu
SMAD/DGPE/DVBIP

Licença Maternidade Kalyne.pdf
872K

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/cidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

EXCELENTISSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU/PR

☐ **DEFERIDO**
☐ **INDEFERIDO**

Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA Matrícula: 22641.01
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA Secretaria: SMSA
Data de Nascimento: 27/01/1982 Estado civil: CASADA
RG: 2255042 SSP/PB CPF: 044.742.774-14
Endereço: AVENIDA ANDRADINA Nº: 31/CASA 3
Bairro: VILA A CEP: 85861-010
Telefone RES/COM ou CELULAR: 81-99838-5549
Cidade: FOZ DO IGUAÇU

Abaixo assinado, vem mui respeitosamente a Vossa Excelência, REQUERER o que segue: LICENÇA MATERNIDADE

Pelo seguinte motivo:

Termo em que, pede e aguarda Deferimento,

Foz do Iguaçu, 27 de JULHO de 2022

Fernando Antonio Alves de Souza Frei

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

HMCC

HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

ATESTADO MÉDICO

NOME DO PACIENTE
Sra. Kalyne Medeiros Lacerda

DATA
Foz do Iguacu, 21 de julho de 2022.

ATESTO que a segurada Kalyne Medeiros Lacerda portadora da Carteira Profissional Nº_____ Série:_____ deverá afastar-se do trabalho por um periodo de 120 dias, a partir de 20/07/2022 de conformidade com o que dispõem o parágrafo 1º do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto nº 75.207/75.

Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Foz do Iguaçu, 21 de julho de 2022

Dr. Thiago Moura Saura
CRM 25911

SAM-94

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA 1246-88, 17 VEDA A INFORMAÇÃO DO CID (DIAGNÓSTICO).
O MESMO SERÁ DIVULGADO COM A AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO PACIENTE.

ASSINATURA DE AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE: _____

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

FUNARPEN

SELO DIGITAL
F480b.avqvq.p5sa2
TXqFz.ej9nh
https://selo.funarpen.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

THOMAS MIGUEL LACERDA FREI

CPF: 163.892.749-98 ••

Matrícula

079897 01 55 2022 1 00926 044 0313254 63

Data do nascimento por extenso	Dia	Mês	Ano
Vinte de julho de dois mil e vinte e dois ••	20	07	2022

Hora	Naturalidade
16h 45min	FOZ DO IGUAÇU-PR ••

Município de registro e unidade de federação	Local, Município de Nascimento e UF	Sexo
FOZ DO IGUAÇU-PR ••	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, AV. GRAMADO, 580, VILA A, FOZ DO IGUAÇU-PR ••	Masculino

Filiação
FERNANDO ANTONIO NUNES DE SOUZA FREI e **KALYNE MEDEIROS LACERDA**, ele natural de RIO DE JANEIRO/RJ, ela natural de PATOS/PB ••

Avós
KURT FREI, REJANE MERCIA NUNES DE SOUZA, JOSÉ LACERDA BRASILEIRO E GERALDA MEDEIROS DE LACERDA ••

Gêmeo	Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)
Não	---------- ••

Data do registro por extenso	Número da D.N.V.
Vinte e um de julho de dois mil e vinte e dois ••	30-85489151-1

OBSERVAÇÃO/ANOTAÇÕESA ACRESCER
O declarante optou, conforme art. 54, § 4º, da LRP, por ser o registrando natural do Município de FOZ DO IGUAÇU-PR. Custas Isentas(Lei Federal 9.534/97). ••

Anotações de cadastro
Nada consta.••

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Foz do Iguaçu-PR

Agente Delegado
Mateus Afonso Vido da Silva

Município e Comarca / UF
Município e Comarca de Foz do Iguaçu - Estado do Paraná

Endereço
Avenida Juscelino Kubitscheck, 75
CEP: 85.851-210 - Fone: (45)3025-4422

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

FOZ DO IGUAÇU-PR, 21 de julho de 2022

Jessica Oliveira Ribeiro
Escrevente Autorizada

Jessica Oliveira Ribeiro
Escrevente

1º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
FOZ DO IGUAÇU - PR
AV. J.K. 75
CEP: 85851-210
(45)3025-4422

impressão gráfica de propriedade do RCPN

FUNARPEN BC 02857803 BRP

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.anoreg.org.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e6a0-4815-8103-1c7e85bbbab

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ D

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Dados Contratuais:

Servidor: KALYNE MEDEIROS LACERDA
Matrícula: 22641.01
Cargo: MÉDICO NEUROPEDIATRA
Data Admissão: 01/03/2022
Local de Trabalho: SMSA - Coordenação CER IV

2 - Dados Pessoais:

Data de Nascimento: 27/01/1982 **Idade:** 40
Endereço Residencial: AV ANDRADINA nº 31 - casa 3
Telefone: (81) 998385549 - (81) 998385549
Estado Civil: Casado

Situação	Afastamento	Término	Qtd Dias	CID
14 - Atestado	04/03/2022	04/03/2022	1	
- Atestado	18/03/2022	31/03/2022	14	Z35 - Supervisao de gravidez de alto risco
3 - LTS - Licença Tratamento Saúde	01/04/2022	14/06/2022	75	Z359 - Supervisao nao especificada de gravidez de alto risco
3 - LTS - Licença Tratamento Saúde	15/06/2022	31/07/2022	47	Z359 - Supervisao nao especificada de gravidez de alto risco

Total de Afastamentos --> 4 **Total de Dias Afastados -->** 137

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Prezada Diretora

Considerando o teletrabalho já em andamento, da servidora KALYNE MEDEIROS LACERDA, MÉDICA NEUROPEDIATRA lotada no CER-IV, **solicito a renovação do tele trabalho conforme requerimento em anexo.**

Sendo estas as informações para o momento, subacrevo

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
Antônio Batista Santana Junior - Diretor da Saúde Mental e Residência Multiprofissional (Portaria 76.224/2023)

Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Kalyne Medeiros Lacerda
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0[illegible].

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional** :kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**: XXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81 9 98385549	81 9 98385549
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292, CONJUGE		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Conforme Art 1º inciso I e Art.2º , inciso II, § 1º, **por cumprimento de tarefa**, modalidade **total** ou **parcial,** conforme, e Art. 4º , inciso I, II e III, com comparecimento presencial conforme escala abaixo. Comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

(X) Conforme Art.2º , § 1º, inciso III, **por cumprimento de jornada**, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

INDICAÇÃO DE ESCALA CONFORME ART. 4º § 2º:

( ) na modalidade parcial, durante a vigência deste plano, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano, conforme Art. 4º , § 1º, inciso I, II e III (a modalidade parcial refere-se presença em alguns dias da semana.)

*Informar o inciso aplicável e os dias serão presenciais:

(X) Art. 4º § 3º regime total, não sujeito a escalonamento.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0a87e904-e8d5-4013-8103-1ff7865beb41.

( ) Art. 4º inciso I (4 dias de teletrabalho e um dia presencial);
( ) Art. 4º inciso II (3 dias de teletrabalho e um dois dias presenciais);
( ) Art. 4º inciso III (2 dias de teletrabalho e um três dias presenciais);
[Informar dias da semana escolhidos para presencial]

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0a87e904-e8d5-4013-8103-1ff7865beb41.

(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0387890-e851-4a15-8103-1df78653bb41.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **REQUERIMENTO PARA TELETRABALHO**

Número: **28/2023**

Assunto: **RENOVAÇÃO DO TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=038789f4-e8b1-4c38-8cc3-8ff786beee41&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
038789f4-e8b1-4c38-8cc3-8ff786beee41

Hash do Documento

950A1D2C130E4C98038C935E2EB292902F52C20015214C259451A6D5B1F762B0

Anexos

REQUERIMENTO TELETRABALHO MÊS DE JULHO (1).pdf - **585b7ed4-7962-48c6-b026-199f5a13ec16**
REQUERIMENTO TELETRABALHO MÊS DE JULHO.pdf - **05ec073c-e653-47b3-9a64-c3058022967b**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 01/08/2023 é(são) :

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 20/07/2023 9:51:00 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 20/07/2023 10:06:16 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 20/07/2023 13:56:29 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 20/07/2023 19:43:16 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA
Matrícula: 22641.01
E-mail institucional
:kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA
Lotação: CER IV
Chefe de divisão: NÃO TEMOS Matrícula: XXXXX
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR Matrícula: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA
Matrícula: 761104
Telefones para contato do servidor em teletrabalho: Fixo Celular
81 9 98385549 81 9 98385549
Outros meios de comunicação:
FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292,
CONJUGE
INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO
Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta.
FORMA DE MONITORAMENTO
Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.
INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.
TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO
( ) Conforme Art 1º inciso I e Art.2º , inciso II, § 1º, por cumprimento de tarefa, modalidade total ou parcial, conforme, e Art. 4º , inciso I, II e III, com comparecimento presencial conforme escala abaixo. Comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.
(X) Conforme Art.2º , § 1º, inciso III, por cumprimento de jornada, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.
INDICAÇÃO DE ESCALA CONFORME ART. 4º § 2º:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 95af6490-e5a5-4915-b004-5783365b9461.

( ) na modalidade parcial, durante a vigência deste plano, comparecimento presencial quando solicitado
pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano, conforme Art. 4º , § 1º, inciso I, II e III (a modalidade parcial refere-se presença em alguns dias da semana.)
*Informar o inciso aplicável e os dias serão presenciais:
(X) Art. 4º § 3º regime total, não sujeito a escalonamento.
( ) Art. 4º inciso I (4 dias de teletrabalho e um dia presencial);
( ) Art. 4º inciso II (3 dias de teletrabalho e um dois dias presenciais);
( ) Art. 4º inciso III (2 dias de teletrabalho e um três dias presenciais);
[Informar dias da semana escolhidos para presencial]
O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:
- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando
requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não
gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e §
3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de
2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º,
V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa
nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa
nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.
DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:
L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 95af6490-e5a5-4915-b004-17833659461b.

Informação, referente ao Teletrabalho.
V- Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL
CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:
( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;
(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.
INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO
Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente.
O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
Kalyne Medeiros Lacerda
Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
DAVID RAMOS DA SILVA
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 95af6490-e5a5-4915-b004-1786356946b.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional** :kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**: XXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81 9 98385549	81 9 98385549
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292, CONJUGE		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Conforme Art 1º inciso I e Art.2º , inciso II, § 1º, **por cumprimento de tarefa**, modalidade **total** ou **parcial,** conforme, e Art. 4º , inciso I, II e III, com comparecimento presencial conforme escala abaixo. Comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

(X) Conforme Art.2º , § 1º, inciso III, **por cumprimento de jornada**, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

INDICAÇÃO DE ESCALA CONFORME ART. 4º § 2º:

( ) na modalidade parcial, durante a vigência deste plano, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano, conforme Art. 4º , § 1º, inciso I, II e III (a modalidade parcial refere-se presença em alguns dias da semana.)

*Informar o inciso aplicável e os dias serão presenciais:

(X) Art. 4º § 3º regime total, não sujeito a escalonamento.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 05af6490-e573-4915-b104-1783365b9461.

( ) Art. 4º inciso I (4 dias de teletrabalho e um dia presencial);
( ) Art. 4º inciso II (3 dias de teletrabalho e um dois dias presenciais);
( ) Art. 4º inciso III (2 dias de teletrabalho e um três dias presenciais);
[Informar dias da semana escolhidos para presencial]

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 05af6490-e573-4915-b104-5783365946b.

(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 85af6490-e5a71-4915-8904-5787335f3461b.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

Número: **2/2024**

Assunto: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=85e64fc4-c571-448c-b9f4-57363ffd946f&cpf=03260533958
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 85e64fc4-c571-448c-b9f4-57363ffd946f

Hash do Documento

8A5653F00FAC2843FF8838BC47A57A912AB9A5D6B535BCF6B123CEC25BE5DF57

Anexos

PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 4-2024.pdf - **709ae516-a76c-400f-a493-089598b90b65**
REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JANEIRO 2024.pdf - **33c659ec-8baf-4210-a055-768b4c2d34f5**
REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JANEIRO 2024.pdf - **4848efca-247c-4c04-88ef-29d7c889c3ed**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 30/01/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 25/01/2024 9:40:04 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 25/01/2024 9:44:46 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

DAVID RAMOS DA SILVA (Signatário) - CPF: ***04099910** em 25/01/2024 9:56:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 25/01/2024 19:39:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV/ASM		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:[Informar Mátricula]	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	[XX XXXXX-XXXX]	81 9 98385549
Data do Requerimento: [15 / 02 / 2024]		
Outros meios de comunicação:	FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292, CONJUGE	

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.

Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).

Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.

Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Teletrabalho por Cumprimento de Tarefas (Inciso II do art. 2º do Decreto 31.172/2023).

(X) Teletrabalho por Cumprimento de Jornada (Inciso III do art. 2º do Decreto 31.172/2023).

INDICAÇÃO DO REGIME DE ESCALA

Para o requerente que se enquadra na condição estabelecida nos **§ 1º do art. 4º do Decreto 31.172/2023, informar a escala presencial que irá cumprir:**

( ) 4 dias de teletrabalho e um dia presencial

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90c-e826-4515-b593-1cf783450b5d.

( ) 3 dias de teletrabalho e dois dias presenciais
( ) 2 dias de teletrabalho e três dias presenciais
(X) **Não sujeito ao escalonamento** – teletrabalho no regime total (requerente que se enquadra nas condições estabelecidas no **§ 3º do Art. 4º do Decreto 31.172/2023)**

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro:RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401, NA RUA DA IGREJA DAS GRAÇAS
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90e-e825-4515-b593-1ef83450b5ed.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;

(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente. Para prorrogação da portaria já concedida a este servidor.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021

Kalyne Medeiros Lacerda

Antônio Batista Santana Junior - Diretor da Saúde Mental e Residência Multiprofissional (Portaria 76.224/2023)

Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90-e825-4512-8193-1c478345085ed.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional** :kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**: XXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81 9 98385549	81 9 98385549
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292, CONJUGE		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Conforme Art 1º inciso I e Art.2º , inciso II, § 1º, **por cumprimento de tarefa**, modalidade **total** ou **parcial,** conforme, e Art. 4º , inciso I, II e III, com comparecimento presencial conforme escala abaixo. Comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

(X) Conforme Art.2º , § 1º, inciso III, **por cumprimento de jornada**, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

INDICAÇÃO DE ESCALA CONFORME ART. 4º § 2º:

( ) na modalidade parcial, durante a vigência deste plano, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano, conforme Art. 4º , § 1º, inciso I, II e III (a modalidade parcial refere-se presença em alguns dias da semana.)

*Informar o inciso aplicável e os dias serão presenciais:

(X) Art. 4º § 3º regime total, não sujeito a escalonamento.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90e-e825-4512-b593-1d783450b5ed.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

( ) Art. 4º inciso I (4 dias de teletrabalho e um dia presencial);
( ) Art. 4º inciso II (3 dias de teletrabalho e um dois dias presenciais);
( ) Art. 4º inciso III (2 dias de teletrabalho e um três dias presenciais);
[Informar dias da semana escolhidos para presencial]

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90e-e825-4512-b593-1d7834500b5d.

(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f38e90-e825-4516-8193-1478345085ed.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

Número: **3/2024**

Assunto: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=fb38e0ec-e20c-45b2-b593-04f8c49085ed&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: fb38e0ec-e20c-45b2-b593-04f8c49085ed

Hash do Documento

44C24949394E008FCF9EC17820494C7F5E1F9E540807D980C72BF0529CCF52CC

Anexos

REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JANEIRO 2024.pdf - **2e07de70-2343-4b38-9b26-fbb12e949317**
REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JANEIRO 2024.pdf - **bc8c908e-e5ae-4200-a257-d5e3ab715862**
PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 5-2024.pdf - **e676368f-256e-44e3-acd2-c57774950d1c**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/02/2024 é(são) :

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 16/02/2024 7:58:01 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 15/02/2024 16:54:20 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/02/2024 11:33:44 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 19/02/2024 17:30:20 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

PLANO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**:kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA	
Lotação:	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:XXXXX
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO			
Descrição:	**Indicador: Diário, semanal, mensal, Por demanda,**	**Meta cumprida (quantitativo ou percentual):**	**Indicativo do ganho de Produtividade (percentual)**
Marcação se dar atraves da demanda e dos agendamentos que são de responsabilidade do cer iv. Plano de trabalho é hibrido. A cada 3meses, atenderei presencial durante uma semana, no cer iv.	Segunda, quinta e sexta: 1 turno Terça: 2 turnos de atendimentos As quintas acontecem matriciamentos, demais dias são teleconsultas.	Todos os atendimentos gerados e que os pacientes comparecem são realizados	Todos que comparecem ao atendimento

CRONOGRAMA DE REUNIÕES NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

As reuniões de avaliação de desempenho e eventual revisão e ajustes de metas deverão ocorrer se necessário, com a seguinte **periodicidade***:

(X) Mensal ( ) Quinzenal

As reuniões de avaliação de desempenho no regime especial de teletrabalho e eventuais revisões e ajustes de metas deverão ocorrer da seguinte **forma***:

Por meio eletrônico (X) Por meio presencial ( )

*Poderão ocorrer convocações extraordinárias, inclusive no formato presencial, por necessidade do serviço ou interesse da Secretaria sendo estas comunicadas para o servidor em teletrabalho pelos canais por ele informado no seu requerimento de adesão ao teletrabalho e/ou constantes neste plano de trabalho.

VIGÊNCIA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f5e3894-255c-481a-93a3-e1f7d5b1b696.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

Este **PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO** possui a descrição das atividades compreendendo o período de 30 dias, que serão realizadas enquanto o plano de trabalho não precisar ser revisado e perdurará pelo período de concessão do teletrabalho, podendo ser revisado sempre que se faça necessário durante o período de concessão não podendo ser revista antes de 30 dias.

As tarefas/atividades e/ou jornada levam em consideração o horário de expediente oficial do Município, qual o servidor requerente cumpre em virtude de seu local de trabalho.

A Vigência deste plano de trabalho será o período de 6 (seis) meses, conforme Art. 6º § 1º do Decreto 31.172/2023.

Os identificados assinam este documento por concordar e aprovar o conteúdo nele exposto.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 045a3904-255c4a159a173e1497353b1996.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO**

Número: **4/2024**

Assunto: **PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO JANEIRO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=e45a3d94-25dc-4a09-a73e-4947be119696&cpf=03260533958
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: e45a3d94-25dc-4a09-a73e-4947be119696

Hash do Documento

B298060F5DC90D2950C7819A84CC7532B6716872509A20C598748D60D8E17225

Anexos

PLANO DE TRABALHO JANEIRO 2024.pdf - **5d59e935-b93c-4895-895a-9807047c1685**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 26/01/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 19/01/2024 15:51:24 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 19/01/2024 15:54:00 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 23/01/2024 15:53:27 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

DAVID RAMOS DA SILVA (Signatário) - CPF: ***04099910** em 19/01/2024 17:27:02 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome:KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional** :KALYNELACERDA@HOTMAIL.COM	
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão:NÃO TEMOS	**Matrícula**:XXXXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002	
Secretario: ULISSES FIGUEREDO DE SOUZA	**Matrícula**: 21561.01/21561.02	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81 9 98385549	81 9 98385549
Data do Requerimento: 28/06/2024		
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES DE SOUZA FREI, CELL: 81 9 96072292		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Teletrabalho por Cumprimento de Tarefas (Inciso II do art. 2º do Decreto 31.172/2023).
(X) Teletrabalho por Cumprimento de Jornada (Inciso III do art. 2º do Decreto 31.172/2023).

INDICAÇÃO DO REGIME DE ESCALA

Para o requerente que se enquadra na condição estabelecida nos **§ 1º do art. 4º do Decreto 31.172/2023, informar a escala presencial que irá cumprir:**

( ) 4 dias de teletrabalho e um dia presencial
( ) 3 dias de teletrabalho e dois dias presenciais
( ) 2 dias de teletrabalho e três dias presenciais
(X) **Não sujeito ao escalonamento** – teletrabalho no regime total (requerente que se enquadra nas condições estabelecidas no **§ 3º do Art. 4º do Decreto 31.172/2023)**

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafed96-6985-4715-9703-1fc1383935ab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;
(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fef4d96-8987-4716-9703-1f1783435aab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente. Para prorrogação da portaria já concedida a este servidor.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Ulisses Figueiredo de Sousa - **Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde**

Kalyne Medeiros Lacerda

Antônio Batista Santana Junior - Diretor da Saúde Mental e Residência Multiprofissional (Portaria 76.224/2023)

Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fa4e96-e987-4716-9703-1f1783385aab.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**:kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:XXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ULISSES FIGUEREDO DE SOUSA	**Matrícula**: 21561.01/21561.02	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81- 9 98385549	81- 9 98385549
Data do Requerimento: 28/06/2024		
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES DE SOUZA FREI, CELL: 81 9 96072292 **INFORMAÇÕES**		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta.

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.

Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult). Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento. Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Teletrabalho por Cumprimento de Tarefas (Inciso II do art. 2º do Decreto 31.172/2023).
(X) Teletrabalho por Cumprimento de Jornada (Inciso III do art. 2º do Decreto 31.172/2023).

INDICAÇÃO DO REGIME DE ESCALA

Para o requerente que se enquadra na condição estabelecida nos **§ 1º do art. 4º do Decreto 31.172/2023, informar a escala presencial que irá cumprir:**

( ) 4 dias de teletrabalho e um dia presencial
( ) 3 dias de teletrabalho e dois dias presenciais
( ) 2 dias de teletrabalho e três dias presenciais
(X) **Não sujeito ao escalonamento** – teletrabalho no regime total (requerente que se enquadra nas condições estabelecidas no **§ 3º do Art. 4º do Decreto 31.172/2023)**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0ffe4e96-8987-4716-9705-1f1713435aab.

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;
(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade,

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fef4d96-8987-4716-9703-1f1733435aab.

comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;

(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente. Para prorrogação da portaria já concedida a este servidor.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0ffe4d96-e9a7-4716-9703-1f1713435aab.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

Número: **69/2024**

Assunto: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=fbfe4d95-8987-47b6-9735-fff1318485ac

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: fbfe4d95-8987-47b6-9735-fff1318485ac

Hash do Documento

4E1112F73AFE0B17EB9195BE2DD0DD157259A388E8F4AA4043E8B0A2442D29FB

Anexos

REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JUNHO DE 2024.pdf - **eb8df939-4de0-43d1-af22-71f234df4b51**
REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO JUNHO DE 2024.pdf - **f681c303-5cfc-40bc-8b47-5852e0641da9**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 01/07/2024 é(são) :

Ulisses Figueiredo de Sousa (Signatário) - CPF: ***69465495** em 28/06/2024 21:15:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 28/06/2024 17:39:30 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 28/06/2024 20:25:29 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 28/06/2024 18:36:33 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO - CER IV

Avenida ANDRADINA, Nº 2900 - CEP: 85869380
Ipê, FOZ DO IGUAÇU-PR
Telefone: 45 35247434

RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS - PERÍODO: 01/03/2022 00:00 ATÉ 03/07/2024 23:59
PROFISSIONAL: 11117 - Kalyne Medeiros de Lacerda
Tipo do relatório: Resumido

Impresso por THIAGO CAVALCANTE DE OLIVEIRA em 03/07/2024 às 11:17:34

PROFISSIONAL	CBO	COMP.	PACIENTES	ATENDIMENTOS
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2022-03	**35**	**37**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-01	**68**	**71**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-03	**27**	**30**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-04	**63**	**67**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-05	**74**	**81**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-06	**71**	**79**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-07	**90**	**96**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-08	**91**	**96**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-09	**76**	**85**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-10	**95**	**102**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-11	**58**	**65**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2023-12	**59**	**63**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-01	**25**	**27**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-02	**81**	**86**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-03	**83**	**91**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-04	**92**	**111**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-05	**87**	**98**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-06	**71**	**81**
Kalyne Medeiros de Lacerda	Médico neurologista	2024-07	**17**	**17**

** Um mesmo paciente pode ser atendido por mais de um profissional

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf70352bbab

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: medica neuropediatra	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

RELATORIO MENSAL: MÊS DE MAIO DE 2023

SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS:

AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ANTENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE.

A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA.

OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO.

NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV.

COMPUTANDO ASSIM AS 30H SEMANAIS.

NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MÉDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES MINHA, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 5a1e0923-9884-415c-b1096cf7353bb3b4.

EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM.

DESSA FORMA, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS.

AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA.

AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA.

TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.

OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E JÁ HOUVE A NECESSIDADE DO APOIO DA EQUIPE DO CER IV AO MUNICIPIO DE ITAIPULANDIA, ONDE FIZ, ATRAVES DE TELEATENDIMENTO CONVERSA COM OS PAIS(RESISTENTE AO DIAGNOSTICO DADO PELA MEDICA NEUROPEDIATRA DAQUELE MUNICIPIO E RESISTENTE A USO DAS MEDICAÇÕES), COM TERAPÊUTAS E COM PROFESSOR AUXILIAR DA ESCOLA QUE MENOR FREQUENTA. PACIENTE DO CASO C.J.R.C.

ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE ALÉM DO MUNICIPIO. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 95f00923-9884-415c-b096-1cf7853bb3b4.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **5/2023**

Assunto: **RELATORIO MAIO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4

Hash do Documento

2C989542FD3771FBD46734D17E6B139A58DF4F0A90B4A7FF6AA17836E19BB5C0

Anexos

RELATORIO MAIO.pdf - **6b490329-11dc-4298-a3a3-3166dfe3a76a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/07/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 15/06/2023 11:48:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 15/06/2023 14:25:22 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 15/06/2023 14:23:48 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/06/2023 11:00:42 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: medica neuropediatra	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

RELATORIO MENSAL: MÊS DE MAIO DE 2023

SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS:

AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ANTENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE.

A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA.

OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO.

NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV.

COMPUTANDO ASSIM AS 30H SEMANAIS.

NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MÉDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES MINHA, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 05f00923-9884-415c-b096-cf7353bb3b4.

EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM.

DESSA FORMA, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS.

AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA.

AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA.

TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.

OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E JÁ HOUVE A NECESSIDADE DO APOIO DA EQUIPE DO CER IV AO MUNICIPIO DE ITAIPULANDIA, ONDE FIZ, ATRAVES DE TELEATENDIMENTO CONVERSA COM OS PAIS(RESISTENTE AO DIAGNOSTICO DADO PELA MEDICA NEUROPEDIATRA DAQUELE MUNICIPIO E RESISTENTE A USO DAS MEDICAÇÕES), COM TERAPÊUTAS E COM PROFESSOR AUXILIAR DA ESCOLA QUE MENOR FREQUENTA. PACIENTE DO CASO C.J.R.C.

ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE ALÉM DO MUNICIPIO. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 05f00923-9884-415c-b096-1cf7853bb3b4.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **5/2023**

Assunto: **RELATORIO MAIO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4

Hash do Documento

2C989542FD3771FBD46734D17E6B139A58DF4F0A90B4A7FF6AA17836E19BB5C0

Anexos

RELATORIO MAIO.pdf - **6b490329-11dc-4298-a3a3-3166dfe3a76a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/07/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 15/06/2023 11:48:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 15/06/2023 14:25:22 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 15/06/2023 14:23:48 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/06/2023 11:00:42 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: medica neuropediatra	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

RELATORIO MENSAL: MÊS DE MAIO DE 2023

SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS:

AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ANTENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE.

A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA.

OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO.

NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV.

COMPUTANDO ASSIM AS 30H SEMANAIS.

NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MÉDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES MINHA, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 5a1e0923-9884-415c-b1d961cf7353bb4.

EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM.

DESSA FORMA, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS.

AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA.

AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA.

TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.

OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E JÁ HOUVE A NECESSIDADE DO APOIO DA EQUIPE DO CER IV AO MUNICIPIO DE ITAIPULANDIA, ONDE FIZ, ATRAVES DE TELEATENDIMENTO CONVERSA COM OS PAIS(RESISTENTE AO DIAGNOSTICO DADO PELA MEDICA NEUROPEDIATRA DAQUELE MUNICIPIO E RESISTENTE A USO DAS MEDICAÇÕES), COM TERAPÊUTAS E COM PROFESSOR AUXILIAR DA ESCOLA QUE MENOR FREQUENTA. PACIENTE DO CASO C.J.R.C.

ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE ALÉM DO MUNICIPIO. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 05f00923-9884-415c-b096-1cf7853bb3b4.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **5/2023**

Assunto: **RELATORIO MAIO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 95199323-994b-4c5d-bb96-cf76113e33b4

Hash do Documento

2C989542FD3771FBD46734D17E6B139A58DF4F0A90B4A7FF6AA17836E19BB5C0

Anexos

RELATORIO MAIO.pdf - **6b490329-11dc-4298-a3a3-3166dfe3a76a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 15/06/2023 11:48:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 15/06/2023 14:25:22 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 15/06/2023 14:23:48 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/06/2023 11:00:42 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início ___/____/____ Fim ___/____/____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE JUNHO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRAZI E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f481e05-eb78-4852-8028-1d7383884ad7.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS.
NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTROS E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO.
ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS.
AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA.
AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA.
TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.
OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E SE MANTEM APOIO MEDICO E DA EQUIPE DO CER IV AO MUNICIPIO DE ITAIPULANDIA, ONDE FIZ, ATRAVES DE TELEATENDIMENTO CONVERSA COM A MÃE,CUIDADORA, AVÓ MATERNA,CRIANÇA, E COM AS TERAPÊUTAS PRESENTES. FOI ATENDIMENTO HUMANO, ONDE A MÃE E A AVÓ CONSEGUIU EXPOR SEUS ANSEIOS E SEUS MEDOS, INCLUSIVE CONSEGUIMOS DESCOBRIR MOTIVO PELO QUAL MENOR ERA RESISTENTE AS TERAPIAS E SIGNIFICADOS DE ALGUNS COMPORTAMENTOS, O OLHAR DE UMA EQUIPE DE APOIO É DE EXTREMA IMPORTANCIA PARA SEGUIMENTO DOS PACIENTES.
ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO.
NOS DIAS 29 E 30/06 NECESSITEI ME AFASTAR POR CAUSA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO, FOI ENVIADO ATESTADO A DISO. CHEFIA FOI COMUNICADA COM ATECEDENCIA PARA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f481e05-eba3-4be2-8028-1d7383e4ad7.

-

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	EVITAR MAIORES TRANSTORNOS AOS PACIENTES. NO MES DE JULHO HAVEREI DE ATENDER PRESENCIALMENTE, DO PERIODO DO DIA 10 AO DIA 14/07, MANTENDO MINHA CARGA HORARIA SEMANAL.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f481e95-6b73-4815-8023-1c73f3f34ca7.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **7/2023**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=df481cc5-6b78-40e2-8028-e03fc38e4ce7&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: df481cc5-6b78-40e2-8028-e03fc38e4ce7

Hash do Documento

9B67D50A189EF2AF1501A4BE43C9D7489519079AEA157D1B57B446BF654A4235

Anexos

MODELO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADE DE TELETRABALHO-JUNHO.pdf - **49f72b98-9e70-42da-8e17-391fa07863be**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/07/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 30/06/2023 11:09:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 30/06/2023 20:42:50 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 30/06/2023 14:23:44 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 30/06/2023 11:13:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

PLANO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**:kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA	
Lotação:	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:XXXXX
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO			
Descrição:	**Indicador: Diário, semanal, mensal, Por demanda,**	**Meta cumprida (quantitativo ou percentual):**	**Indicativo do ganho de Produtividade (percentual)**
Marcação se dar atraves da demanda e dos agendamentos que são de responsabilidade do cer iv. Plano de trabalho é hibrido. A cada 3meses, atenderei presencial durante uma semana, no cer iv.	Segunda, quinta e sexta: 1 turno Terça: 2 turnos de atendimentos As quintas acontecem matriciamentos, demais dias são teleconsultas.	Todos os atendimentos gerados e que os pacientes comparecem são realizados	Todos que comparecem ao atendimento

CRONOGRAMA DE REUNIÕES NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

As reuniões de avaliação de desempenho e eventual revisão e ajustes de metas deverão ocorrer se necessário, com a seguinte **periodicidade***:

(X) Mensal ( ) Quinzenal

As reuniões de avaliação de desempenho no regime especial de teletrabalho e eventuais revisões e ajustes de metas deverão ocorrer da seguinte **forma***:

Por meio eletrônico (X) Por meio presencial ( )

*Poderão ocorrer convocações extraordinárias, inclusive no formato presencial, por necessidade do serviço ou interesse da Secretaria sendo estas comunicadas para o servidor em teletrabalho pelos canais por ele informado no seu requerimento de adesão ao teletrabalho e/ou constantes neste plano de trabalho.

VIGÊNCIA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 21407390-e2be-4915-8f68-1079b527602a.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

Este **PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO** possui a descrição das atividades compreendendo o período de 30 dias, que serão realizadas enquanto o plano de trabalho não precisar ser revisado e perdurará pelo período de concessão do teletrabalho, podendo ser revisado sempre que se faça necessário durante o período de concessão não podendo ser revista antes de 30 dias.

As tarefas/atividades e/ou jornada levam em consideração o horário de expediente oficial do Município, qual o servidor requerente cumpre em virtude de seu local de trabalho.

A Vigência deste plano de trabalho será o período de 6 (seis) meses, conforme Art. 6º § 1º do Decreto 31.172/2023.

Os identificados assinam este documento por concordar e aprovar o conteúdo nele exposto.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 21a07a90-e2a5-4915-8f68-1c7935376d2a.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO**

Número: **18/2023**

Assunto: **PLANO DE TRABALHO MAIO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=21f07b4b-21de-49e3-8f5d-d1c9bd27602a&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 21f07b4b-21de-49e3-8f5d-d1c9bd27602a

Hash do Documento

7FAA8FE42FC307011A6E3C0D411A09B9725855F1F2A57BB0F69150E4EEACBA63

Anexos

PLANO DE TRABALHO MAIO.pdf - **018e74d4-6c4f-4b8c-8e36-112d0c6be794**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/07/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 15/06/2023 11:43:19 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 16/06/2023 8:50:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/06/2023 11:01:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 15/06/2023 14:26:52 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início ___/____/____ Fim ___/____/____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE JULHO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIÃO E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PCIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09df0706-825e-4853-8e01-d8265e9a02d.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS. NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTROS E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE. ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS. AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA. AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E SE MANTEM APOIO MEDICO E DA EQUIPE DO CER IV, ESSE MÊS DE JULHO O MATRICIAMENTO FOI SUBSTITUIDO TOTALMENTE PELO ACOLHIMENTO, VISTO QUE HOUVE FÉRIAS DE ALGUNS TERAPÊUTAS TANTO DOS OUTROS MUNICIPIOS COMO DO CER IV, POREM AS ATIVIDADES DE ACOLHIMENTO FORAM REALIZADAS COM SUCESSO. ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO. NO MES DE JULHO REALIZEI ATENDIMENTO PRESENCIALMENTE, DO PERIODO DO DIA 10 AO DIA 14/07, PARA AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS ESPECÍFICOS. O QUE ME CHAMOU ATENÇÃO, FOI PACIENTE QUE AVALIEI ONLINE, DE FORMA CALMA, TRANQUILA, NA CONSULTA PRESENCIAL, SE INIBIU, PREJUDICANDO A AVALIAÇÃO PRESENCIAL.	

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09d07906-825e-4853-8301-d8265b9b92d.

-

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09a0700e-825e-4858-8e90-d8263a9a92dd.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **33/2023**

Assunto: **RELATORIO MES DE JULHO/23**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=69c97d96-621c-4538-8e90-d8261a9a92dd&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
69c97d96-621c-4538-8e90-d8261a9a92dd

Hash do Documento

85BEAC3638C823BC3DE51DE9ED140D5226560D0DDFC466E145E5078F84938AB9

Anexos

RELATORIO MES DE JULHO 23.pdf - **f1f1302d-1c0b-4c43-a0de-ddef4f12c1ca**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 11/08/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 04/08/2023 9:40:02 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 04/08/2023 10:45:13 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 04/08/2023 15:29:01 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 05/08/2023 11:35:51 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início ___/____/____ Fim ___/____/____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE JULHO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIÃO E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PCIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09df0706-825e-4853-8e01-d8265e9a02d.

-

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS. NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE(VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTROS E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE. ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS. AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA. AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E SE MANTEM APOIO MEDICO E DA EQUIPE DO CER IV, ESSE MÊS DE JULHO O MATRICIAMENTO FOI SUBSTITUIDO TOTALMENTE PELO ACOLHIMENTO, VISTO QUE HOUVE FÉRIAS DE ALGUNS TERAPÊUTAS TANTO DOS OUTROS MUNICIPIOS COMO DO CER IV, POREM AS ATIVIDADES DE ACOLHIMENTO FORAM REALIZADAS COM SUCESSO. ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO. NO MES DE JULHO REALIZEI ATENDIMENTO PRESENCIALMENTE, DO PERIODO DO DIA 10 AO DIA 14/07, PARA AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS ESPECÍFICOS. O QUE ME CHAMOU ATENÇÃO, FOI PACIENTE QUE AVALIEI ONLINE, DE FORMA CALMA, TRANQUILA, NA CONSULTA PRESENCIAL, SE INIBIU, PREJUDICANDO A AVALIAÇÃO PRESENCIAL.	

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09d07906-825e-4853-8301-d8265b9b92d.

-

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 09a0700e-825e-4858-8e90-d8263a9a92dd.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **33/2023**

Assunto: **RELATORIO MES DE JULHO/23**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=69c97d96-621c-4538-8e90-d8261a9a92dd&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
69c97d96-621c-4538-8e90-d8261a9a92dd

Hash do Documento

85BEAC3638C823BC3DE51DE9ED140D5226560D0DDFC466E145E5078F84938AB9

Anexos

RELATORIO MES DE JULHO 23.pdf - **f1f1302d-1c0b-4c43-a0de-ddef4f12c1ca**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 11/08/2023 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 04/08/2023 9:40:02 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 04/08/2023 10:45:13 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 04/08/2023 15:29:01 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 05/08/2023 11:35:51 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01_/12__/_23__ Fim __31_/___12_/_23 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE DEZEMBRO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO INTELECTUAL COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fdf7d01e8854841528903d1cf7d3563bdal5.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS.
NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS
TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO,
PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR
PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO,O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE.
ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS, E REALIZAR INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIAS.
AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, DR. YURI, ME AUXILIA E EMITEM A RECEITA.
AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE.
PORÉM, EU FAÇO DIGITALMENTE O DOCUMENTO E DEIXO NO PRONTUARIO RESUMO DO CASO PARA FACILITAR O APOIO DOS PROFISSIONAIS.
VALE FRISAR QUE ALÉM DAS CONSULTAS, SÃO REALIZADOS CONSULTAS DE ENCAIXES PARA DEMANDA EMERGENCIAL E DEMANDA JUDICIAL.
TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.
DIA 01/12/23 HOUVE INTERCORRENCIA COM A INTERNET, REDE TODA DA REGIÃO DE FOZ ESTA COM PREJUIZO NO FORNCIMENTO DA INTERNET, MAS NOSSO TRABALHO NÃO FOI AFETADO, CONSEGUIMOS EM TEMPO HABIL RESTABELECIMENTO DA INTERNET E OS ATENDIMENTOS FORAM MANTIDOS E REALIZADOS DE FORMA ADEQUADA, SEM PREJUIZO PARA NENHUM USUARIO.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fdf7d01e8854841528903d1cf7f3563bdf5.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	DIA 15/12 SOFREMOS POR FALTA DE ENERGIA ELETRICA, NO ENTANTO NOSSOS ATENDIMENTOS CONSEGUIRAM SER CONCLUIDOS, USAMOS COMO RECURSO CELULAR, INTERNET DO PLANO DO CELULAR DA ATENDENTE, COMO MINHA REGIÃO TINHA ENERGIA, CONSEGUI FAZER OS DOCUMENTOS E ENVIAR PARA WHATSAPP DO AMBULATORIO DA SAÚDE MENTAL, QUE FOI REENCAMINHADO PARA GENITORA, MAIS UMA VEZ FRISO QUE NÃO TEVE ONUS/PREJUIZO PARA CRIANÇA E GENITORA. FOI REALIZADO MATRICIAMENTO E ATENDIMENTO DA JUNTA REGULADORA. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE, TANTO DO CER IV COMO EQUIPE DAS CIDADES QUE VEM PARA A DISCUSSÃO DE CASOS. ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIONAL.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0bafcd001e8954845289031c47836f3b1a5.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **34/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=0bd7dcb1-b9b4-4472-9dcd-c4afa6cf3da5
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 0bd7dcb1-b9b4-4472-9dcd-c4afa6cf3da5

Hash do Documento

3A06F06DE3A11AD0F7C4520914E33ADE3037F42485F8E366A0ACD30182ADA954

Anexos

RELATORIO DEZEMBRO 2023.pdf - **ebf39e72-9ea3-4d3a-9fa0-807fadeb2ff7**
RELATORIO DEZEMBRO 2023.pdf - **daa923ef-860c-4eac-b33a-34c23c2f4e17**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 25/01/2024 9:57:35 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 25/01/2024 9:59:13 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

DAVID RAMOS DA SILVA (Signatário) - CPF: ***04099910** em 25/01/2024 9:58:04 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 25/01/2024 16:28:34 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início ___/____/____ Fim ___/____/____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE AGOSTO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIÃO E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 77ac600f-7405-4032-8203-1e97823594a0.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS. NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE. ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS. AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA. AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARTA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE. TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E SE MANTEM APOIO MEDICO E DA EQUIPE DO CER IV, ESSE MÊS DE AGOSTO FOI REALIZADO MATRICIAMENTO E ACOLHIMENTO. CHAMOU ATENÇÃO UM COLHIMENTO ONDE APENAS A MÃE ESTEVE PRESENTE, PEDINDO AUXILIO PARA AJUDAR FILHO, CUJO PAI NÃO ACEITA DIAGNOSTICO E FILHO FICA CHATEADO POR MÃE BUSCAR APOIO, INTERESSANTE POIS CASO SEGUIU DISCURSÃO COM APOIO DA ASSISTENTE SOCIAL, PARA MELHOR ORIENTAÇÃO DO CASO.	

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 77dc600f-7805-4032-9203-1e97835b94a0.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU ABRANGE ALÉM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIÃO.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 77afc600fe7a05-4015-8203-1e9783513a40.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **51/2023**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=77ac66af-7105-4032-92c3-e90f2cd134a0
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 77ac66af-7105-4032-92c3-e90f2cd134a0

Hash do Documento

E2BE31A3B58BF4496CCC9C8994BFAE17D7F16BF3B07E361C848C36BB5D665F02

Anexos

RELATORIO SETEMBRO 2023.pdf - **8f8d26b9-6d3f-4b39-ac35-1797407eaa8a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 05/09/2023 21:56:45 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 06/09/2023 9:38:16 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 06/09/2023 12:24:33 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 08/09/2023 9:17:02 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início ___/____/____ Fim ___/____/____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE SETEMBRO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIÃO E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fa1be905e3a574827b9108e1d7635370239c.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS. NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE. ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS, E REALIZAR INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIAS. AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA. AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARTA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE. VALE FRISAR QUE ALÉM DAS CONSULTAS, SÃO REALIZADOS CONSULTAS DE ENCAIXES PARA DEMANDA EMERGENCIAL. TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE E SE MANTEM APOIO MEDICO E DA EQUIPE DO CER IV, ESSE MÊS DE SETEMBRO FOI REALIZADO MATRICIAMENTO E ACOLHIMENTO, POREM DIA 07/09/2023 FOI FERIADO. O MUNICIPIO MAIS PRESENTE É ITAIPULANDIA.	

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fdf1e905e3a574021b910e1d7635370215c.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU ABRANGE ALÉM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIONAL.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f41b905-8787-4827-8903-1d7835d7b23c.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **76/2023**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=cc41bb05-3787-427b-9cfe-1b8eabd7023c
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: cc41bb05-3787-427b-9cfe-1b8eabd7023c

Hash do Documento

478DC6BDDD6D07F6F593C70497F920965338DF8A010DB885DB4B0913503A2940

Anexos

RELATORIO OUTUBRO.pdf - **9913a3c7-99fa-45e2-a64f-c0913fa0ef96**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 09/10/2023 21:46:27 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 10/10/2023 14:26:04 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 10/10/2023 8:56:47 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __21_/01__/_24__ Fim __31_/___01_/_24 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE JANEIRO DE 2024 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO INTELECTUAL COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 2d3ed909-6896-4165-a035-ef7e3530bde.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS.
NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS
TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO,
PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR
PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO,O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE.
ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS, E REALIZAR INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIAS.
AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, DR. YURI E DR.GUSTAVO, ME AUXILIAM E EMITEM A RECEITA.
AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE. PORÉM, EU FAÇO DIGITALMENTE O DOCUMENTO E DEIXO NO PRONTUARIO RESUMO DO CASO PARA FACILITAR O APOIO DOS PROFISSIONAIS.
VALE FRISAR QUE ALÉM DAS CONSULTAS, SÃO REALIZADOS CONSULTAS DE ENCAIXES PARA DEMANDA EMERGENCIAL E DEMANDA JUDICIAL.
TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.
EM JANEIRO, TIVE FÉRIAS COM RETORNO NO DIA 21/01/24, COMO ESSE DIA CAIU NO DOMINGO, VOLTAMOS OS ATENDIMENTOS NO DIA 22/01/2024, COM NOVAS MUDANÇAS, COM APOIO TÉCNICO DA ENFERMAGEM, STHEVIA QUE AGREGOU O TIME DO TELETRABALHO NO FINAL DE JANEIRO DE 2024. EM

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 2d3ed809-6896-4165-a035-ef7d3536bbe6.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	FEVEREIRO, HAVERÁ MUDANÇAS SOBRE OS TURNOS, ONDE MAIS VEREMOS A SEGUNDA PERIODO DA TARDE E OS DEMAIS DIAS SERÃO NO URNO DA MANHÃ. O MATRICIAMENTO E ATENDIMENTO DA JUNTA REGULADORA PASSARÁ PARA AS QUARTAS PELA MANHÃ. É EXTREMA IMPORTANCIA NOSSO CONTATO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL, MAIS UMA VEZ, DEIXO MEUS AGRADECIMENTOS DA EQUIPE DESSE LOCAL, EM ESPECIAL A CRISTIANE, ENFERMEIRA E A GRACYELLY CODO, ATENDENTE, POIS AMBAS ME AUXILIAM E AUXILIARAM NOS ATENDIMENTOS DESDE INICIO DO PROJETO E AINDA ME DÃO SUPORTE PARA AS MÃES QUE NECESSITAM DE APOIO NA SAÚDE MENTAL. SEGUIMOS NOSSO EMPENHO EM DAR O QUE HÁ DE MELHOR PARA OS PACIENTES DE FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 2d8ed909-8896-4651-a035-ef78353bb6e.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **93/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=2d3ed649-d996-4661-a065-effdee16d6ee
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2d3ed649-d996-4661-a065-effdee16d6ee

Hash do Documento

5D529DA10C6F1B5A3690C4303961F2265E6555F6EC191EBDF4CE25DFD601FD6F

Anexos

RELATORIO DE JANEIRO 2024.pdf - **d97d32e0-6fc1-46c1-a386-6f3a27affed9**
RELATORIO DE JANEIRO 2024.pdf - **30a26853-2672-4568-9445-3b80de79f698**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 06/02/2024 13:20:04 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 06/02/2024 8:22:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 06/02/2024 8:36:26 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 06/02/2024 19:26:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __02_/10__/_23__ Fim __31_/___10_/_23 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE OUTUBRO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIÃO, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f8bf190-e8a5-4705-9103-63773a31bdab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS.
NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MEDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS
TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO,
PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR
PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO VALE FRISAR QUE O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE.
ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS, E REALIZAR INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIAS.
AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, ME AUXILIA E EMITE A RECEITA.
AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARTA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE.
VALE FRISAR QUE ALÉM DAS CONSULTAS, SÃO REALIZADOS CONSULTAS DE ENCAIXES PARA DEMANDA EMERGENCIAL E DEMANDA JUDICIAL.
TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.
NO DIA 17/10/2023 HOUVE UMA INTERCORRENCIA COM QUEDA DE ENERGIA, QUE ME PARECE TER SIDO GERAL, E AINDA ASSIM NOSSOS ATENDIMENTOS NÃO FORAM SUSPENSOS, FORAM MANTIDOS, TIVEMOS O APOIO DA EQUIPE E NO PERIODO DA MANHÃ, QUE JA FOI QUANDO FICAMOS SEM ENERGIA NO AMBULATÓRIO, CONSEGUIMOS CONCLUIR OS ATENDIMENTOS COM VIDEOCHAMADA VIA WHATSAPP, A ENFERMEIRA CRISTIANE E A ASSISTENTE GRACYELLY FORAM FUNDAMENTAIS NESSE

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f8bf190-e8a5-4705-9103-63788361bdab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	SUPORTE, NENHUM PACIENTE FICOU SEM AVALIAÇÃO CLÍNICA. CONSEGUI EXAMINÁ-LOS E REGISTRAR ATENDIMENTOS NO RP SAUDE. PERÍODO DA TARDE, INICIALMENTE AINDA ESTAVAMOS SEM ENERGIA, A ASSISTENTE SOCIAL ELAINE DEU SUPORTE DISPONIBILIZANDO CELULAR PARA INICIARMOS OS ATENDIMENTOS, TIVEMOS O APOIO DE ANDRIELLY QUE CONSEGUIU LANÇAR OS PACIENTES PARA EU PUDER FAZER ATENDIMENTO E REGISTRO ADEQUADO. MESMO COM INTERPERES DA NATUREZA, CONSEGUIMOS TRANSPORTAR TAIS LIMITAÇÕES E CONSEGUIMOS MANTER OS ATENDIMENTOS, FATO QUE EM ALGUNS LOCIAIS FORAM INTERROMPIDOS. A TELEMEDICINA VEM GANHO IMPULSO E NÃO LIMITA. FOI REALIZADO MATRICIAMENTO E ATENDIMENTO DA JUNTA REGULADORA. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE, TANTO DO CER IV COMO EQUIPE DAS CIDADES QUE VEM PARA A DISCUSSÃO DE CASOS. ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIONAL. DIA 12/10/2023 NÃO HOUVE ATENDIMENTO POR CAUSA DO FERIADO, NO DIA 13/10/2023 OS ATENDIMENTOS FORAM RETOMADOS. OS ATENTIMENTOS DO DIA 30 E 31 NÃO FORAM AFETADOS PELA ENCHENTE E NEM PELOS TEMPORAIS.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f8bf190-e815-4705-9103-0637785b1bdb.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **105/2023**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=fb8bf10e-ec10-4704-9fa1-063c7adc1ddc
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: fb8bf10e-ec10-4704-9fa1-063c7adc1ddc

Hash do Documento

F222715B2D2F47F942E5E169F20DA26DE5C8DD5DB6E359F012AE6CFDA4D6EE9F

Anexos

RELATORIO DE OUTUBRO DE 2023.pdf - **e9e7ea01-b1b5-4736-a81c-ca1e36fd9511**
RELATORIO DE OUTUBRO DE 2023.pdf - **4e9d60bf-e433-45b9-a29d-a0619a82949a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 03/11/2023 11:06:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 03/11/2023 11:10:28 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 03/11/2023 12:57:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 03/11/2023 14:02:17 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01_/11__/_23__ Fim __30_/___11_/_23 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE NOVEMBRO DE 2023 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: *AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA RECEPÇÃO, CRISTIANE BRITO, PRISCILA, GRACY E ELAINE. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDAS, UM TURNO; TERÇAS, DOIS TURNOS; SEXTAS, UM TURNO. NAS QUINTAS, É REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO INTELECTUAL COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f6f8090-6d65-4615-8103-3787e323bb51.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	COMPUTANDO AS 30H SEMANAIS. NAS CONSULTAS AMBULATORIAIS SÃO POSSIVEIS AVALIAÇÃO MÉDICA, ONDE É REALIZADO ANAMNESE, VISTO RESULTADOS DOS EXAMES, LABORATORIAIS/IMAGEM, AVALIAÇÕES ESCOLARES E DOS TERAPÊUTAS, É ANALISADO OUTROS MATERIAIS, COMO ANOTAÇÕES EM CADERNETA DE VACINA E VIDEOS DA CRIANÇA QUE A FAMÍLIA TRAZ E VIDEOS REALIZADOS, COM CONSENTIMENTOS DOS PAIS, NA UNIDADE DE SAÚDE (VIDEOS QUE DEPOIS SÃO DELETADOS). O EXAME FISICO É REALIZADO COM APOIO DA ENFERMAGEM, SEGUINDO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, COMO POR EXEMPLO MEDICAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO, PRÁTICA TANTO MÉDICA COMO DA ENFERMAGEM E COM CONVERSAS COM AS CRIANÇAS. O QUE CHAMA ATENÇÃO, É A FACILIDADE DE MUITAS CRIANÇAS PERMITIREM SER EXAMINADAS PELO VÍDEOS, POIS ALEM DA CURIOSIDADE, ELAS NÃO SENTEM INIBIDAS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE COM JALECOS, COMO EXEMPLO E AS MESMAS ATENDEM OS COMANDOS DADO POR MIM, CONSIGO CONVERSAR COM ELAS, PEÇO PARA ME MOSTRAR CORES, LETRAS, NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO MANDAR BEIJO PARA MÃE, OLHAR PARA MÃE, BATER PALMA, DÁ TCHAU, FAÇO INTERAÇÃO COM BRINQUEDOS QUE AS MOSTROS E QUE ELAS USAM DO ESPAÇO DA SAUDE MENTAL; CRIANÇAS MAIORES REALIZAM LEITURAS QUE AS MOSTRO E ALGUMAS ATE LÊM EM INGLÊS E ME EXPLICAM OS SIGNIFICADOS, PEÇO PARA AS MESMAS CORRER E PULAR, FICAR DE COCORAS E LEVANTAR, LEVANTAR OS BRAÇOS, FAZER CARETAS, OLHAR PARA CIMA, PARA BAIXO E PARA OS LADOS, CADA PARTES DESSES EXAMES É ADEQUADO E DIRECIONADO PARA AS FAIXAS ETÁRIAS, ENTÃO,O EXAME NEUROLOGICO ESTA SENDO REALIZADO COM SUCESSO, NÃO SÓ EXAME MOTOR, MAS TAMBÉM EXAME DO NEURODESENVOLVIMENTO. A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ ABRANGE AS FORMAS TANTO SÍNCRONA COMO ASSINCRONA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE. ASSIM, É POSSIVEL CONSTRUIR RACIOCINIO SOBRE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E LANÇAR LINHA TERAPÊUTA, TANTO MEDICAMENTOSA COMO ENCAMINHAMENTOS AOS TERAPÊUTAS, E REALIZAR INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIAS. AS RECEITAS SÃO ASSINADAS VIA ASSINATURA DIGITAL E QUANDO É NECESSARIA RECEITA AMARELA E AZUL, MEDICO PSIQUITRA, DR. AARON, DR. YURI, ME AUXILIA E EMITEM A RECEITA. AS SOLICITAÇÕES DE EXAMES SÃO ASSINADAS VIA ELETRONICAMENTE, ASSINATURA DIGITAL E OS LAUDOS SÃO EMITIDOS DE FORMA ELETRONICA E ASSINADA DA MESMA FORMA. QUANDO É NECESSÁRIO REALIZAÇÃO DE TFD OU PREENCHER DOCUMENTOS PARA DISPENSA MEDICAMENTOSA NA NONA REGIÃO, DRA. CAMILA E DR. FERNANDO ME AUXILIAM, GENTILMENTE. PORÉM, EU FAÇO DIGITALMENTE O DOCUMENTO E DEIXO NO PRONTUARIO RESUMO DO CASO PARA FACILITAR O APOIO DOS PROFISSIONAIS. VALE FRISAR QUE ALÉM DAS CONSULTAS, SÃO REALIZADOS CONSULTAS DE ENCAIXES PARA DEMANDA EMERGENCIAL E DEMANDA JUDICIAL. TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. NO DIA 02 E 03/11/2023 NÃO HOUVE ATENDIMENTO DEVIDO AO FERIADO. DIA 23/11 HOUVE ROMPIMENTO DOS CABOS DE FIBRA OTICA, NO DIA 24/11 OS ATENDIMENTOS NÃO FORAM AFETADOS.	

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f66090-6d65-4615-8103-3787e253bb51.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	HOUVE DEMANDA DE UMA PACIENTE, K.M.T.M QUE FOI DISCUTIDA COM CHEFE DO CER IV, CAROLINE, PARA VIABILIZAR MELHOR APOIO A ESSA CRIANÇA, QUE POSSIVELMENTE ESTA SOFRENDO BULLYING NA ESCOLA. FOI REALIZADO MATRICIAMENTO E ATENDIMENTO DA JUNTA REGULADORA. OS PACIENTES DE ESTUDO DE CASO NO MATRICIAMENTO SÃO DISCUTIDOS POR TODA EQUIPE, TANTO DO CER IV COMO EQUIPE DAS CIDADES QUE VEM PARA A DISCUSSÃO DE CASOS. ENTÃO, A TELEMEDICINA DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU ABRANGE AQUEM DO MUNICIPIO DE FOZ DO IGUAÇU. É O APOIO MÉDICO E DA EQUIPE PRESTADA A POPULAÇÃO DA NONA REGIONAL.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0f6f8090-6d65-4615-8103-3787ec23bb51.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **161/2023**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=f1f680fa-6d60-469a-8eb9-3782ec23ec51
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: f1f680fa-6d60-469a-8eb9-3782ec23ec51

Hash do Documento

2F98B6B8A3C10709DEFD1F01DB7081DA6DF52D11C763C1C394ED597CC8C45549

Anexos

RELATORIO DE NOVEMBRO DE 2023.pdf - **4901af42-c4cf-430f-a2f6-c8822d02e489**
RELATORIO DE NOVEMBRO DE 2023.pdf - **6e26c756-60cb-4269-80d8-5fb05a2155a1**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 05/12/2023 9:15:28 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 05/12/2023 11:25:37 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 05/12/2023 10:59:38 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 05/12/2023 20:12:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01_/03__/_24__ Fim __31_/___03_/_24 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE MARÇO DE 2024 A CARGA HORARIA SEMANAL É DISTRIBUIDA DURANTE A SEMANA, DE SEGUNDA A SEXTA. SEGUNDA/TERÇA/QUINTA/SEXTA ATENDIMENTO NO AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL COM EQUIPE GUIADA PELA ENFERMEIRA CRISTIANE BRITO E GRACYELY CODO. AS QUARTAS ACONTECEM ACOLHIMENTO DA REABILITAÇÃO INTELECTUAL E/OU MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL AS MARCAÇÕES ACONTECEM ATRAVÉS DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. EXISTE OS PACIENTES QUE VEM COM MARCAÇÃO SOLICITADA VIA MINISTERIO PUBLICO, MAS QUE ´PE MARCADO VIA CER IV, NÃO SEGUINDO FILA. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. TODA CONSULTA SE REALIZA ANAMNESE, EXAME NEUROLOGICO, TRAÇADO PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO QUER SEJA MEDICAMENTOS E/OU TERAPÊUTICO.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por todos signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 07d1430a-d8f9-4815-8103-1c7f8532b6b1.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE. SEMANALMENTE, MUITAS VEZES DIARIAMENTE, APÓS OS ATENDIMENTOS AGENDADOS, FAÇO RECEITAS E/OU LAUDOS DOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTOS. ESSE MÊS DE MARÇO TIVEMOS FERIADO DA SEMANA SANTA E DIA 19/03/2024 TIVE CONSULTA MÉDICA ONDE NÃO FOI POSSIVEL ATENDIMENTO, FOI ENTREGUE ATESTADO MÉDICO. DISCUTIDO PACIENTE COM FONO MIRELY QUE FAÇO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, PACIENTE EM INVESTIGAÇÃO DE TEA, MAS QUE TEM BOA RECIPROCIDADE SOCIAL, ATENDE COMANDOS, SUSTENTA OLHAR, BRINCA FUNCIONAL, TAL FATO SÓ FOI POSSIVEL PELA DISPONIBILIDADE DA EQUIPE E PELAS IMAGENS REGISTRADAS, COM APROVAÇÃO DA GENITORA, E COM RELATORIO DA EDUCAÇÃO. FICANDO SUSPEITA DE ATRASO MOTOR DE FALA. O AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL CONSEGUIU PARCERIA COM PSICOLOGA MARIA JOSE, QUE DISPONIBILIZARÁ MENSALMENTE AVALIAÇÃO, INCLUIMOS ESSE PACIENTE, LOSF, PARA DEFINIR DISAGNOSTICO E FECHAR DIAGNOSTICO DEFINITIVO, POREM MÃE ESTA PASSANDO POR NECESSIDADES FINANÇEIRAS E EQUIPE DO AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL CONSEGUIU ORIENTGAR PARA MÃE NÃO PERDER AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 17d0430e-d8f9-4815-8103-1c4788320261.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **216/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=a7af43aa-d8f4-4ab1-8f2d-2cadef892281
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: a7af43aa-d8f4-4ab1-8f2d-2cadef892281

Hash do Documento

DAFA545F7D2FB09237B92B6A1C9BF12EDBCDB7150B3F899CB4BEA9EEFCF6BCAF

Anexos

RELATORIO DE MARÇO DE 2024.pdf - **0a7fb043-ca2f-4543-afa4-40301eb08617**
RELATORIO DE MARÇO DE 2024.pdf - **d00197fa-292f-47db-8edd-591f83cdf97b**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 01/04/2024 14:38:18 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 01/04/2024 14:41:28 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 01/04/2024 15:04:47 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 01/04/2024 19:01:00 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01_/02__/_24__ Fim __29_/___02_/_24 ___	RELATORIO MENSAL: MÊS DE FEVEREIRO DE 2024 A CARGA HORARIA SEMANAL É DISTRIBUIDA DURANTE A SEMANA, DE SEGUNDA A SEXTA. SEGUNDA/TERÇA/QUINTA/SEXTA ATENDIMENTO NO AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL COM EQUIPE GUIADA PELA ENFERMEIRA CRISTIANE BRITO E GRACYELY CODO. AS QUARTAS ACONTECEM ACOLHIMENTO DA REABILITAÇÃO INTELECTUAL E/OU MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL AS MARCAÇÕES ACONTECEM ATRAVÉS DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PACIENTE E FAMILIARES. TODA CONSULTA SE REALIZA ANAMNESE, EXAME NEUROLOGICO, TRAÇADO PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO QUER SEJA MEDICAMENTOS E/OU TERAPÊUTICO.	(X) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 01a0990a-e4d5-4b69-8102-1cd76763bb5d.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

TODAS AS CONSULTAS E ESTUDOS DE CASOS SÃO REGISTRADOS VIA PRONTUARIO ELETRÔNICO, RP SAUDE.
ESSE MÊS DE FEVEREIRO TIVEMOS FERIADO/RECESSO DE CARNAVAL.

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 01f0990a-e4b7-4816-8182-1cd3675bb5d9.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **165/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=f01c099a-44b7-4160-8182-cc3d7e8c15d9
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: f01c099a-44b7-4160-8182-cc3d7e8c15d9

Hash do Documento

5D3CF1F3BB756DE74B4270684DD16F697718DB436192188359D28CDBD94591EC

Anexos

RELATORIO DE FEV 2024.pdf - **0feb956a-c4d0-45d8-8372-fe39935981a5**
RELATORIO DE FEV 2024.pdf - **5f8f9e29-e746-4bd3-95da-2c20707ec830**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 06/03/2024 14:26:47 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 06/03/2024 13:31:54 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 06/03/2024 11:28:26 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 06/03/2024 11:32:24 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01/04/24____ Fim __30/_04_/24____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE ABRIL DE 2024 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM, CRISTIANE BRITO. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL, QUANDO NÃO VIA DEMANDA JUDICIAL, ABRANGENDO IDADE DE 0ANO ATÉ 13ANOS DE IDADE. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PCIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDA, TERÇA, QUARTA, QUINTA E SEXTA. NAS QUARTAS, SÃO REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0a2ea910-e8a9-4825-b031-ef7f3f4b0217.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	AS CONSULTAS ACONTECEM DE FORMA ESTRUTURADA: REALIZADO ANAMNESE CLINICA, EXAME NEUROLOGICO ADAPTADO DA CRIANÇA PARA CADA FAIXA ETÁRIA, ONDE MOSTRO CORES/FORMAS GEOMETRICAS/LETRAS/ANIMAIS/NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO PERGUNTO A ELAS ONDE FICA PARTES DO CORPO DELAS, ONDE ESTA MÃE E PAI, PEÇO QUE ME DÊ TCHAU/SOLTE BEIJO E BATE PALMA, USAMOS RECURSOS COM BRINQUEDOS EM SALA DE ATENDIMENTO COMO ESTRATEGIA PARA EXAMINAR A CRIANÇA, UMA PARTE DO MATERIAL DISPONIBILIZADO PELO AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL E OUTRA PARTE, DISPONIBILIZADO PELA ENFERMEIRA CRISTIANE E POR MIM, COMO GIZ DE CERA, BLOCOS DE ENCAIXE, CARRINHOS DE MONTAR E DE ENCAIXE. VEJO PARTE MOTORA DA CRIANÇA ATRAVES DESSES RECURSOS E QUANDO MAIOR, PEÇO AS MESMAS PARA PULAR, SENTAR E LEVANTAR, ERGUER OS MEMBROS SUPERIORES, FAÇO PROVA DE METRIZAÇÃO, PARA AVALIAR DISMETRIA E DISDIADOCOCINESIA, TODAS ADAPTADAS PARA AS DEMAIS FAIXA ETÁRIAS, AVALIO PARES CRANIANOS E AVALIO INCLUSIVE LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL DOS PEQUENOS. ENTÃO, FRISO QUE A AVALIAÇÃO NEUROLOGICO É REALIZADA DENTRO DOS CONFORMES. SOBRE CONDUTA, EXPLICO AOS CUIDADORES E MOSTRO COMO DEVE ADMINISTRAR MEDICAÇÃO, QUANDO É INDICADO, SEMPRE QUE SE INICIA OU AJUSTA MEDICAÇÃO, ESSES FAMILIARES CONSEGUE VIR PARA RETORNO MAIS PROXIMO, PARA IDENTIFICAR POSSIVEIS ERROS OU SE OS AJUSTES ESTÃO CONTRIBUINDO. É UTILIZADO RECURSOS DE ACOMPANHAMENTO DA ESCOLA/CMEI E DAS AVALIAÇÕS TERAPêUTAS PARA ORIENTAR CONDUTA E FECHAR DIAGNOSTICOS E TER PREVISIBILIDADE DO PROGNÓSTICO. OS ATENDIMENTOS ERAM VOLTADOS PARA PACIENTES DO CER/NONA REGIONAL/CAPS INFANTIL, ATUALMENTE HOUVE AUMENTO E DIRECIONADO PARA ATENDER REDE MUNICIPAL EM GERAL, COM PEDIDO JUDICIAL. ESTAMOS DANDO O NOSSO MELHOR, OU PELO MENOS ESTAMOS TENTANDO, PARA GARANTIR EXCELENCIA NOS ACOMPANHAMENTOS DAS CRIANÇAS E APOIO/ACOLHIMENTO AOS CUIDADORES/PAIS.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 88fea940-e8a7-4825-b039-1ef78f4b0217.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **315/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=a82ea140-e847-4232-b9c9-ee47f44f0217
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: a82ea140-e847-4232-b9c9-ee47f44f0217

Hash do Documento

7FE981C5B01A5DAB16B66757818C852103D1628E45344CE8BC36E5707E0B96F4

Anexos

RELATORIO ABRIL 2024 FINAL.pdf - **e9d0805c-27da-4ea7-a528-ad7e615a8754**
RELATORIO ABRIL 2024 FINAL.pdf - **1ecdf0c1-5eff-47fc-8fce-d4de1ec7ad34**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 03/05/2024 11:52:45 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 03/05/2024 11:59:36 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 06/05/2024 12:40:31 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 08/05/2024 13:28:55 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ULISSES FIGUEREDO	**Matrícula**: 21561.01/ 21561.02

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01/06/24____ Fim __30/_06_/24____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE JUNHO DE 2024 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM, CRISTIANE BRITO, PSICOLOGA RENATA CARVALHO E PRICILA BEATRIZ. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL, QUANDO NÃO VIA DEMANDA JUDICIAL, ABRANGENDO IDADE DE 0 ANO ATÉ 13ANOS DE IDADE. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PCIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDA, TERÇA, QUARTA, QUINTA E SEXTA. NAS QUARTAS, SÃO REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 58df7e90-e2f5-4817-8193-5b7823818a8e.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	NO DIA 04/06/2024 TIVEMOS PROBLEMA COM FONES QUE FORAM DOADOS PARA TELECONSULTAS, COMO ALGUMAS CRIANÇAS PUXAM O APARELHO OS 3 DISPONIVÉIS, QUE FORAM DOAÇÃO/EMPRESTIMO, FORAM ESTRAGADOS, MAS CONSEGUIMOS NOVA DOAÇÃO DE FONE PELA CHEFE DO CER IV E OS ATENDIMENTOS CONTINUARAM COM PRIVACIDADE DADA AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES. NO DIA 14/06/2024 TIVEMOS IMPREVISTO COM INTERNET DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL, NO ENTANTO OS ATENDIMENTOS NÃO FORAM PREJUDICADOS, FOI DISPONIBILIZADO A INTERNET E APARELHO CELULAR DA ENFERMEIRA CRISTIANE BRITO ONDE CONSEGUIMOS CONCLUIR OS ATENDIMENTOS DESSE DIA, TODA DOCUMENTAÇÃO GERADA E ASSINADA FOI ENTREGUE AOS RESPONSÁVEIS. TIVEMOS 2 DIAS DE FERIADOS NO MÊS, INTERROMPENDO OS ATENDIMENTOS NESSES DIAS, 10 E 24/06/2024. AS CONSULTAS QUE FORAM GERADAS FORAM TODAS REALIZADAS. REALIZADO RENOVAÇÃO DE LAUDO, RECEITAS E PEDIDOS DE EXAMES QUANDO SOLICITADOS. TIVEMOS ATENDIMENTO ALEM DO AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL, REALIZADO NO CER IV, COM APOIO DA TERAPÊUTA OCUPACIONAL LAURIANE, PACIENTE D.M. QUE VINHA APRESENTANDO QUADRO DE IRRITABILIDADE COM PREJUIZO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL E NA SOCIALIZAÇÃO, FIZEMOS NO MESMO PACIENTE 2 CONSULTAS, PRIMEIRA NO FINAL DE MAIO, 29/05 E A CONSULTA DE RETORNO NO DIA 19/06 PARA AJUSTE DE MEDICAÇÃO E INTRODUÇÃO DE EDICAÇÃO NOVA, MENOR APRESENTOU MELHORA IMPORTANTE,TRAZENDO QUALIDADE NA TENTATIVA/INTENÇÃO SOCIAL E MELHOANDO IRRITABILIDADE, AUMENTANDO TEMPO DE CONCENTRAÇÃO, PERMANENCIA SENTADO, MANTENDO MAIS CONTATO VISUAL. FOI SOLICITADO ESTUDO DE CASO DE PACIENTE J.A.B.C.S, AGUARDANDO ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE MULTI PARA INICIARMOS ESTUDO DE CASO. FALE FRISAR QUE TODO MATERIAL USADO NO TELEATENDIMENTO, OU FOI DOAÇÃO DE TERCEIROS OU DA PROPRIA EQUIPE, NÃO RECEBEMOS NENHUM BENEFICIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. MEU MATERIAL DE TRABALHO, EU QUEM DISPONIBILIZEI, INCLUSIVE NÃO RECEBI DA PREFEITURA MEU CERTIFICADO DIGITAL, NÃO CONVEM A PREFEITURA TAL FATO, DEIXO ESCLARECIMENTO DEVIDOS AO QUE FOI FALADO EM IMPRESSA NESTE MêS SOBRE NOSSO TRABALHO.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 58df7e90-e2e5-4817-8193-1b7823818e3e.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **417/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=53bf7c08-72f1-45c7-8d35-5bcd0218818e
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 53bf7c08-72f1-45c7-8d35-5bcd0218818e

Hash do Documento

3310B027B3BCED634C6D83B395886CB52DC3EEDA4AEF658525B966019794F13A

Anexos

RELATORIO JUNHO DE 2024.pdf - **828674a0-cf2d-48d0-8edb-4b17519e5bde**
RELATORIO JUNHO DE 2024.pdf - **80407fe9-ddc2-4884-bd10-ee11a1f52b37**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 28/06/2024 14:03:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 28/06/2024 12:37:21 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Ulisses Figueiredo de Sousa (Signatário) - CPF: ***69465495** em 28/06/2024 13:07:10 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 28/06/2024 13:21:54 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**: KALYNELACERDA1@HOTMAIL.COM
Cargo: 22641.01	
Lotação: CER IV	
Chefe de divisão: NAO TEMOS	**Matrícula**:
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**:1792002
Secretario: ULISSES FIGUEREDO	**Matrícula**: 21561.01/ 21561.02

Data	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Situação
Início __01/05/24____ Fim __31/_05_/24____	RELATORIO MENSAL: MÊS DE MAIO DE 2024 SEMANALMENTE SÃO TRABALHADOS 30H, DISTRIBUÍDOS DAS SEGUINTES FORMAS: AMBULATÓRIO REALIZADO NO ESPAÇO DA SAÚDE MENTAL, COM ACOMPANHAMENTO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM, CRISTIANE BRITO E PSICOLOGA RENATA CARVALHO. OS PACIENTES ATENDIDOS SÃO MARCADOS ATRAVÉS DO CONTATO DO CER IV, QUE INFORMA SOBRE ATENDIMENTO QUE SERÁ ONLINE, O ENDEREÇO E HORARIO DO ATENDIMENTO. O PACIENTE É ATENDIDO DE FORMA ONLINE, PELA PLATAFORMA DO GOOGLE MEET, ANTES O RESPONSÁVEL DO MENOR ASSINA TCLE. VALE FRISAR QUE REALIZO ATENDIMENTO VIA MARCAÇÃO DO CER IV, SEGUINDO LISTA DE ATENDIMENTO DO CER IV, NONA REGIONAL E DO CAPS INFANTIL, QUANDO NÃO VIA DEMANDA JUDICIAL, ABRANGENDO IDADE DE 0 ANO ATÉ 13ANOS DE IDADE. A CONSULTA É REALIZADA DE FORMA PRIVADA, ONDE USA-SE FONE DE OUVIDO E A SALA É PRIVADA, PORTAS FECHADAS, DANDO TOTAL PRIVACIDADE AO PCIENTE E FAMILIARES. OS DIAS DO AMBULATÓRIO SÃO: SEGUNDA, TERÇA, QUARTA, QUINTA E SEXTA. NAS QUARTAS, SÃO REALIZADO MATRICIAMENTO COM EQUIPE DA NONA REGIONAL, GERENCIADA PELA EQUIPE DO CER IV, E ACOLHIMENTO COM EQUIPE DO CER IV, COMPLETANDO ASSIM MINHA CARGA HORÁRIA.	( ) Atividade/Tarefa Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa não Atendida ; ( ) Atividade/Tarefa parcialmente atendida

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 07af2075e2154495e8f03-9078553b851.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

	AS CONSULTAS ACONTECEM DE FORMA ESTRUTURADA: REALIZADO ANAMNESE CLINICA, EXAME NEUROLOGICO ADAPTADO DA CRIANÇA PARA CADA FAIXA ETÁRIA, ONDE MOSTRO CORES/FORMAS GEOMETRICAS/LETRAS/ANIMAIS/NUMEROS, DOU COMANDOS SIMPLES, COMO PERGUNTO A ELAS ONDE FICA PARTES DO CORPO DELAS, ONDE ESTA MÃE E PAI, PEÇO QUE ME DÊ TCHAU/SOLTE BEIJO E BATE PALMA, USAMOS RECURSOS COM BRINQUEDOS EM SALA DE ATENDIMENTO COMO ESTRATEGIA PARA EXAMINAR A CRIANÇA. VEJO PARTE MOTORA DA CRIANÇA ATRAVES DESSES RECURSOS E QUANDO MAIOR, PEÇO AS MESMAS PARA PULAR, SENTAR E LEVANTAR, ERGUER OS MEMBROS SUPERIORES, FAÇO PROVA DE METRIZAÇÃO, PARA AVALIAR DISMETRIA E DISDIADOCOCINESIA, TODAS ADAPTADAS PARA AS DEMAIS FAIXA ETÁRIAS, AVALIO PARES CRANIANOS E AVALIO INCLUSIVE LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL DOS PEQUENOS. ENTÃO, FRISO QUE A AVALIAÇÃO NEUROLOGICO É REALIZADA DENTRO DO PRECONIZADO. SOBRE CONDUTA, EXPLICO AOS CUIDADORES E MOSTRO COMO DEVE ADMINISTRAR MEDICAÇÃO, QUANDO É INDICADO, SEMPRE QUE SE INICIA OU AJUSTA MEDICAÇÃO, ESSES FAMILIARES CONSEGUE VIR PARA RETORNO MAIS PROXIMO, PARA IDENTIFICAR POSSIVEIS ERROS OU SE OS AJUSTES ESTÃO CONTRIBUINDO. É UTILIZADO RECURSOS DE ACOMPANHAMENTO DA ESCOLA/CMEI E DAS AVALIAÇÕS TERAPÊUTAS PARA ORIENTAR CONDUTA E FECHAR DIAGNOSTICOS E TER PREVISIBILIDADE DO PROGNÓSTICO. ESTAMOS DANDO O NOSSO MELHOR PARA GARANTIR EXCELENCIA NOS ACOMPANHAMENTOS DAS CRIANÇAS E APOIO/ACOLHIMENTO AOS CUIDADORES/PAIS. TIVEMOS UM GANHO IMPORTANTE COM RETORNO DA PSICOLOGA RENATA, QUE SOMOU AO NOSSO AMBULATÓRIO E ESTÁ AMPLIANDO AINDA MAIS NOSSA VISÃO HOLISTICA SOBRE NOSSOS PACIENTES.	

JUSTIFICATIVAS

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 07ad2075e2154495e8f03-9078557bb851.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO**

Número: **403/2024**

Assunto: **RELATORIO MENSAL DE TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=e7a2075d-2110-49fd-8f91-980768fcb851
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: e7a2075d-2110-49fd-8f91-980768fcb851

Hash do Documento

D16EEEFC9FEED85147CDA37E4CC59F1F3157B3B797584EA737D5AAA5C952C1E5

Anexos

RELATORIO MAIO DE 2024.pdf - **2c4989e4-5761-4df1-9227-a1a1802f966f**
RELATORIO MAIO DE 2024.pdf - **01d264f5-c728-4cbd-8547-b7b453fce7e3**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 03/07/2024 é(são) :

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 07/06/2024 13:43:11 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

CAROLINE SANTANA RIBEIRO DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***60533958** em 07/06/2024 13:50:36 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 11/06/2024 0:00:07 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Ulisses Figueiredo de Sousa (Signatário) - CPF: ***69465495** em 09/06/2024 16:47:43 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Prezada Diretora

Considerando o teletrabalho já em andamento, da servidora KALYNE MEDEIROS LACERDA, MÉDICA NEUROPEDIATRA lotada no CER-IV, **solicito a renovação do tele trabalho pelo período de seis meses conforme requerimento em anexo.**

Sendo estas as informações para o momento, subscrevo

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Antônio Batista Santana Junior - Diretor da Saúde Mental e Residência Multiprofissional (Portaria 76.224/2023)

Caroline Santana Ribeiro dos Santos - Gerente de Serviços Técnicos CER IV - Portaria 72.418/2021
Kalyne Medeiros Lacerda
Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

Andrielly Baier dos Santos - Coord. da Divisão de Planejamento e Apoio Matricial (Portaria 75.164/2022)

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0[illegible].

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR REQUERENTE		
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA		
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional** :kalynelacerda1@hotmail.com	
Cargo: MÉDICA NEUROPEDIATRA		
Lotação: CER IV		
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**: XXXXX	
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002	
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104	
Telefones para contato do servidor em teletrabalho:	**Fixo**	**Celular**
	81 9 98385549	81 9 98385549
Outros meios de comunicação: FERNANDO ANTONIO NUNES: 81 9 96072292, CONJUGE		

INFORMAÇÕES DO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

Faixa de complexidade: ( ) baixa (X) média ( ) alta**.**

FORMA DE MONITORAMENTO

Forma de registro de boletim de frequência será via relatório de atividades, entregue mensalmente para avaliação da chefia imediata até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente as atividades executadas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tenho ciência que meu tempo de resposta será o mais breve possível dentro do horário de experiente oficial do meu local de lotação qual estou hierarquicamente subordinado principalmente quando em regime de jornada, não podendo exceder a 1h o feedback ao chefe imediato ou ao servidor que necessitar de informações cuja responsabilidade seja minha e tenha entrado em contato através dos meios de contatos indicados neste requerimento e/ou Plano de Trabalho aprovado pelos signatários.
Possuo os meios necessários para desempenhar as minhas atividades em regime de teletrabalho (Art. 1 inciso II e Art. 12 capult).
Encaminharei o relatório de atividades mensalmente dentro do prazo previsto na instrução normativa 01/2023 das SMAD, com as informações necessárias ao seu cumprimento.
Iniciarei minhas atitivades em teletrabalho após a publicação da Portaria de Autorização, que indica que todos os pre-requisitos foram cumpridos e estou apto(a) ao teletrabalho.

TIPO DE MODALIDADE DE REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

( ) Conforme Art 1º inciso I e Art.2º , inciso II, § 1º, **por cumprimento de tarefa**, modalidade **total** ou **parcial,** conforme, e Art. 4º , inciso I, II e III, com comparecimento presencial conforme escala abaixo. Comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

(X) Conforme Art.2º , § 1º, inciso III, **por cumprimento de jornada**, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano.

INDICAÇÃO DE ESCALA CONFORME ART. 4º § 2º:

( ) na modalidade parcial, durante a vigência deste plano, comparecimento presencial quando solicitado pela chefia, no prazo de 48h, durante a vigência deste plano, conforme Art. 4º , § 1º, inciso I, II e III (a modalidade parcial refere-se presença em alguns dias da semana.)

*Informar o inciso aplicável e os dias serão presenciais:

(X) Art. 4º § 3º regime total, não sujeito a escalonamento.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0877690e-e8d5-4013-8103-1ff7865beb41.

( ) Art. 4º inciso I (4 dias de teletrabalho e um dia presencial);
( ) Art. 4º inciso II (3 dias de teletrabalho e um dois dias presenciais);
( ) Art. 4º inciso III (2 dias de teletrabalho e um três dias presenciais);
[Informar dias da semana escolhidos para presencial]

O REQUERENTE AO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO REQUER ACESSO AO REGIME E DECLARA QUE:

- Atende as condições para a participação do regime especial de teletrabalho e está ciente das responsabilidades e metas definidas pelo plano de trabalho individual.
- Compromete-se a atender as convocações para comparecimento pessoal na unidade de lotação quando requisitado;
- Possui a infraestrutura necessária para o exercício de suas atribuições na modalidade de teletrabalho, não gerando ônus ao Município a concessão do teletrabalho ao requerente;
- Declara que está ciente quanto a vedação de recebimento das vantagens, de acordo com o, Art. 2º § 2º e § 3º do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023,
- Está ciente que sua participação no Regime Especial de Teletrabalho não constitui direito adquirido, podendo ser desligado de acordo com as condições estabelecidas no Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023.
- Tenho ciência que devo fazer relatório das atividades desenvolvidas conforme Art. 2º, inciso V, e Art.3º, V, disponibilizado pela minha secretaria conforme frequência acordada no Plano de Trabalho aprovado anexo.
- Tenho conhecimento na integra do Decreto 31.172 de 23 de fevereiro de 2023 e da instrução normativa nº 01/2023 de 27 de Abril da Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e da instrução normativa nº 01/2023 de 28 de Abril da Secretaria Municipal da Administração.

DECLARO QUE CONFORME O ART 6º, QUE CUMPRO TODOS OS REQUISITOS ABAIXO CONFORME ASSINALADO:

L – (X) Preenchi requerimento padronizado (este documento).
II – (X) Entreguei plano de trabalho atualizado e ratificado pela chefia imediata, anexo.
IV- (X) Cumpro as orientações da Instrução Normativa da Secretária de Tecnologia da Informação, referente ao Teletrabalho.
V- **Indico abaixo meu local habitual do teletrabalho.**
Logradouro: RUA DAS GRAÇAS, N 142, APTO 401
Cidade: RECIFE Estado: PERNAMBUCO País: BRASIL

CONFORME ART.7º. ASSINALE SEU INCISO DE PRIORIDADE:

( ) – Não possui prioridade.
( ) I - com deficiência ou dificuldades de locomoção;
( ) II - portadores de doenças cuja indicação do médico assistente ateste a necessidade de teletrabalho, devidamente ratificada pela avaliação do profissional médico do trabalho da Diretoria de Saúde Ocupacional do município;
( ) III - que tenham filho(s) ou criança(s) sob guarda judicial com idade de até 12 (doze) anos ou de qualquer idade se com deficiência que exija acompanhamento especial do servidor;
( ) IV - gestantes em gravidez de risco e lactantes;
( ) V - que possuam cônjuge ou descendente com deficiência que viva sob o mesmo teto e exija acompanhamento especial do servidor;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0[illegible]

(X) VI - que demonstrem, inequivocamente, as características de proatividade, comprometimento e habilidade de autogerenciamento do tempo e organização dos processos de trabalho;
(X) VII - que dependam do teletrabalho para manter a unidade familiar, nos termos do art. 226 da Constituição Federal de 1988, quando o cônjuge ou companheiro for transferido do domicílio em razão da atividade laborativa.

INICIO DAS ATIVIDADE EM TELETRABALHO

Conforme IN 01/2023 da SMAD (publicada em 28 de abril no diário oficial do municipio) em seu Art. 3 inciso IV, sendo este requerimento aprovado e encaminhando a DGPE até o dia 20 de cada mês este será publicado sua portaria até o dia primeiro do mês subsequente.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0387890-e851-4135-8103-1df78653bb41.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **REQUERIMENTO PARA TELETRABALHO**

Número: **28/2023**

Assunto: **RENOVAÇÃO DO TELETRABALHO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=038789f4-e8b1-4c38-8cc3-8ff786beee41&cpf=03186919908
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
038789f4-e8b1-4c38-8cc3-8ff786beee41

Hash do Documento

E1B71798DE0FAE153F19A1500897A6F9A0091B4C2C37725263F53DEED78EE0B8

Anexos

REQUERIMENTO TELETRABALHO MÊS DE JULHO (1).pdf - **585b7ed4-7962-48c6-b026-199f5a13ec16**
REQUERIMENTO TELETRABALHO MÊS DE JULHO.pdf - **05ec073c-e653-47b3-9a64-c3058022967b**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 23/08/2023 é(são) :

Antonio Batista Santana Junior (Signatário) - CPF: ***86919908** em 16/08/2023 13:48:32 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Caroline Santana Ribeiro dos Santos (Signatário) - CPF: ***60533958** em 16/08/2023 14:11:13 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Kalyne Medeiros de Lacerda (Signatário) - CPF: ***74277414** em 17/08/2023 9:02:49 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 17/08/2023 17:29:00 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

ANDRIELLY BAIER DOS SANTOS (Signatário) - CPF: ***88293932** em 16/08/2023 14:05:23 - OK
Tipo: Assinatura Eletrônica

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

PLANO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome: KALYNE MEDEIROS LACERDA	
Matrícula: 22641.01	**E-mail institucional**:kalynelacerda1@hotmail.com
Cargo: MEDICA NEUROPEDIATRA	
Lotação:	
Chefe de divisão: NÃO TEMOS	**Matrícula**:XXXXX
Diretor: ANTONIO BATISTA SANTANA JUNIOR	**Matrícula**: 1792002
Secretario: ROSE MERI DA ROSA	**Matrícula**: 761104

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO			
Descrição:	**Indicador: Diário, semanal, mensal, Por demanda,**	**Meta cumprida (quantitativo ou percentual):**	**Indicativo do ganho de Produtividade (percentual)**
Marcação se dar atraves da demanda e dos agendamentos que são de responsabilidade do cer iv. Plano de trabalho é hibrido. A cada 3meses, atenderei presencial durante uma semana, no cer iv.	Segunda, quinta e sexta: 1 turno Terça: 2 turnos de atendimentos As quintas acontecem matriciamentos, demais dias são teleconsultas.	Todos os atendimentos gerados e que os pacientes comparecem são realizados	Todos que comparecem ao atendimento

CRONOGRAMA DE REUNIÕES NO REGIME ESPECIAL DE TELETRABALHO

As reuniões de avaliação de desempenho e eventual revisão e ajustes de metas deverão ocorrer se necessário, com a seguinte **periodicidade***:

(X) Mensal ( ) Quinzenal

As reuniões de avaliação de desempenho no regime especial de teletrabalho e eventuais revisões e ajustes de metas deverão ocorrer da seguinte **forma***:

Por meio eletrônico (X) Por meio presencial ( )

*Poderão ocorrer convocações extraordinárias, inclusive no formato presencial, por necessidade do serviço ou interesse da Secretaria sendo estas comunicadas para o servidor em teletrabalho pelos canais por ele informado no seu requerimento de adesão ao teletrabalho e/ou constantes neste plano de trabalho.

VIGÊNCIA

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ

Este **PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO** possui a descrição das atividades compreendendo o período de 30 dias, que serão realizadas enquanto o plano de trabalho não precisar ser revisado e perdurará pelo período de concessão do teletrabalho, podendo ser revisado sempre que se faça necessário durante o período de concessão não podendo ser revista antes de 30 dias.

As tarefas/atividades e/ou jornada levam em consideração o horário de expediente oficial do Município, qual o servidor requerente cumpre em virtude de seu local de trabalho.

A Vigência deste plano de trabalho será o período de 6 (seis) meses, conforme Art. 6º § 1º do Decreto 31.172/2023.

Os identificados assinam este documento por concordar e aprovar o conteúdo nele exposto.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab.

Histórico Afastamentos

Seleção: Todos
Período: 01/03/2022 a 04/07/2023

Cadastro	Nome	Cargo	Admissão	Afastamento	Situação de Afastamento	Término	Dias
Situação: 003 -LTS - Licença Tratamento Saúde							
22641.01	KALYNE MEDEIROS LACERDA	MEDICO NEUROPEDIATRA	01/03/2022	01/04/2022	003 - LTS - Licença Tratamento Saúde	14/06/2022	75
				15/06/2022	003 - LTS - Licença Tratamento Saúde	19/07/2022	35
Total Situação: 003 -LTS - Licença Tratamento Saúde		**2**					
Situação: 014 -Atestado							
				04/03/2022	014 - Atestado	04/03/2022	1
				18/03/2022	014 - Atestado	31/03/2022	14
				29/06/2023	014 - Atestado	03/07/2023	5
Total Situação: 014 -Atestado		**3**					
Situação: 019 -LG - Licença Gestação							
				20/07/2022	019 - LG - Licença Gestação	16/11/2022	120
Total Situação: 019 -LG - Licença Gestação		**1**					
Situação: 026 -LPF-Lic. Acomp. Pessoa Familia							
				26/01/2023	026 - LPF-Lic. Acomp. Pessoa Familia	26/01/2023	1
Total Situação: 026 -LPF-Lic. Acomp. Pessoa Familia		**1**					
Situação: 057 -Pror.Lic. Maternidade/Gestação							
				17/11/2022	057 - Pror.Lic. Maternidade/Gestação	15/01/2023	60
Total Situação: 057 -Pror.Lic. Maternidade/Gestação		**1**					
Situação: 213 -Faltas Injustificadas							
				01/02/2023	213 - Faltas Injustificadas	15/02/2023	15
Total Situação: 213 -Faltas Injustificadas		**1**					

Total de Servidores: 00001 Total de Dias: 00326

Observamos que, devido a limitação do sistema de lançamento utilizado na época, os lançamentos de faltas anteriores ao ano de 2011 referem-se efetivamente a dias de faltas injustificadas ocorridas no mês anterior ao apontamento.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código digital de 2023-1cf78353bbab.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **OFÍCIO**

Número: **7.286/2024**

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 300/2024**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 0fafce90-e8a5-4815-8103-1cf78353bbab

Hash do Documento

44F6E364906101A040D822D42766AEB8467F4272F1E1B4B02F6603B39BAFDED6

Anexos

REQ 300-2024.pdf - **ce3e4aae-e47c-4422-8b12-b2433ca7fc3e**
RESPOSTA REQ 300-2024 - MEMORANDO INTERNO- Nº 37166-2024 - SMAD - DGPE.pdf - **c421173c-02b7-4cf6-a6ef-557141caec4a**
KALYNE M LACERDA - 22640101- AUTORIZAÇÃO PARA CONCESSÃO DO TELETRABALHO -SMSA.pdf - **89ba1f2c-acbf-4fb1-8ab3-c868defccdcb**
KALYNE M LACERDA - 2264101 CÓPIA DO INFORMAÇAO E DESPACHOS DO GIIG.pdf - **a29d1886-7ef8-45a1-9df1-17e53cd0c4fd**
KALYNE M LACERDA - COPIA DO COMPROVANTE DE ATESTADO MEDICO DE 180322 AS 31032022.pdf - **7bea65c0-0892-426c-9efc-40655e6b40ef**
KALYNE M LACERDA - CÓPIA DO TERMO DE POSSE E PORTARIA DE NOMEAÇÃO.pdf - **30b98523-b8ed-4b36-9345-8ffec3b02b85**
KALYNE M LACERDA - CÓPIA DO REQUERIMENTO 95402023 - REQUER TELETRABALHO.pdf - **753e7654-c952-4048-aa02-c32b427ae5d6**
KALYNE M LACERDA - COPIA DO COMPROVANTE DE ATESTADO MEDICO DE 040322.PDF.pdf - **ec7397e3-217e-4d95-944b-a1fb1853853e**
KALYNE M LACERDA - TRAMITACAO PROCESSO_DESPACHOS_RESCISÃO E TELETRABALHO.pdf - **7550dc67-3540-4230-a70b-5a2d70e230d0**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 13134-2023.pdf - **ad01ebe8-17d3-4e92-a4a8-b460f3e9b83c**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 16675-2023.pdf - **fe27d6a2-e739-4667-ae82-e7af6bfde5a1**
KALYNE M LACERDA - MEMORANDO INTERNO- Nº 13145-2023-ORIGINAL.pdf - **a282577d-9ad7-4eaa-bd94-30148ab98910**
ANEXO.pdf - **2301cc37-4d8c-46c4-b6e4-97c6bffe93a3**
EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU - PR.pdf - **91e24965-b6c1-426b-ad5d-49f83a16dab8**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 150622 A 310722.pdf - **677076df-63a7-4c71-85c0-41bf6ce79c8c**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 01042022 A 14062022.pdf - **ce909645-a913-4e94-9707-172631078d96**
KALYNE M LACERDA - PERICIA MEDICA PERIODO DE 150622 A 190722.pdf - **a7863e3d-7545-4a7e-9c7f-aea9d54f02d5**
KALINE MEDEIROS LACERDA -REQUERIM PARA RENOVAÇÃO DE PEDIDO_TELETRABALHO- Nº 28-2023.pdf - **638c2b82-6ae2-4e77-aa7f-8280ee1cd673**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 2264101 - PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 2-2024.pdf - **2c3fb047-8ef1-49e1-9cb1-0fea6bc2aeec**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 2264101 -PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 3-2024.pdf - **bea10cd2-5f8f-4721-a789-02efcce1186f**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - 2264101 - PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 4-2024.pdf - **9cc50403-78f3-49eb-9b74-9a6a250319b8**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DE TELETRABALHO- Nº 69-2024.pdf - **4c5ba5c8-de8d-4c78-9a63-7f65f61bee41**
KALYNE M LACERDA - RELATORIO DE ATENDIMENTOS (1).pdf - **f4a44fae-df49-42bc-9f88-ef6bf0e5b3c0**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 5-2023.pdf - **1dad40b9-41d4-402b-98c7-0725ba1e227a**
KALYNE M LACERDA - RELATORIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 05-2023.pdf - **77501b9a-71f5-402d-b0ff-f5b3f0d2ce42**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 5-2023 - MAIO (1).pdf - **4060c27a-fc55-4e23-b53d-74cf91960da1**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 06-2023.pdf - **86f67b62-5102-41eb-8c22-2a839feb232a**
KALYNE M LACERDA - PLANO DE TRABALHO PARA TELETRABALHO- Nº 18-2023.pdf - **c5fe2b5d-558f-41e4-8923-d0b380b68564**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 33-2023.pdf - **b87f636d-73ac-41c9-963f-6599979f90e8**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO 07-2023.pdf - **f2475227-cdf7-4a86-a9bb-b0bbd700356a**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 34-2023 - DEZEMBRO.pdf - **2ccac2a0-f980-4670-b717-d5c016bb537f**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 51-2023 - AGOSTO.pdf - **c9a2d978-2b8d-4416-935e-b635ffe3f58b**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 76-2023 - SETEMBRO.pdf - **8b9348b2-1e93-4cc5-bb64-e48e0a3a5678**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 93-2024 - JANEIRO (1).pdf - **1878cb27-a7af-4efa-9455-8e43bf1ba7b7**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 105-2023 - OUTUBRO.pdf - **a536d9e1-8780-4d66-923f-e08de51bdd60**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 161-2023 - NOVEMBRO (1).pdf - **8c944712-1b55-41ef-8fe4-404ccd18a6ea**

KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 216-2024 - MARÇO (2).pdf - **bcbef1e6-a4b4-4e91-a8e0-c3072ffb8d07**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 165-2024 - FEVEREIRO (1).pdf - **b1e2c800-234a-4fb4-b112-4e93dd6a2472**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 315-2024 - ABRIL.pdf - **1a1212fd-9fd2-4952-b18e-1fc3a9137cbd**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 417-2024 - JUNHO.pdf - **bb7ab7f9-bbad-4a44-80a7-50d39d155879**
KALYNE M LACERDA - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO TELETRABALHO- Nº 403-2024 - MAIO.pdf - **1e2c14a9-3626-4295-b47b-f7378135c54e**
KALYNE MEDEIROS LACERDA - RENOVAÇÃO PARA TELETRABALHO- Nº 28-2023 (1).pdf - **c68f15cc-3c64-4284-8b04-470e79b0a8f9**
PLANO DE TRABALHO MAIO.DOCX.pdf - **3cd800ee-fec2-4db9-8137-7a74354e4dae**
RELATÓRIO_ FPHI109.COL.pdf - **c1dc56c2-7b54-4585-ad42-b2e3713bed0a**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 19/07/2024 é(são) :

JEAN MAURO MIYAGAWA MEZOMO DE SOUZA (Signatário) - CPF: ***58518955** em 19/07/2024 11:55:58 - OK
Tipo: Assinatura Digital

Francisco Lacerda Brasileiro (Signatário) - CPF: ***36656491** em 19/07/2024 14:56:06 - OK
Tipo: Assinatura Digital

A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta , Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.