

EDITAL Nº 05/2024 ESPP-CFRH

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA

CHAMADA DE INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL EM CUIDADOR DE IDOSO

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SESA, CNPJ: 76416.8660001-40, com sede na Rua Piquiri, nº 170 – CEP: 80.230-140 – Bairro Rebouças – Curitiba/PR, por meio da ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA E CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA (ESPP–CFRH), com sede na Rua Dr. Dante Romanó, nº 120 – Bairro Tarumã – CEP 82.821-016 – Curitiba/PR torna pública a abertura de inscrição para o **CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL EM CUIDADOR DE IDOSO**

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. Os critérios de inscrição para o curso de Formação Inicial para Cuidador de Idoso serão regidos por este Edital, cuja publicidade se dará no endereço eletrônico www.escoladesaude.pr.gov.br.

Art.2º. O curso tem como objetivo: qualificar profissionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), qualificar cuidadores informais, oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos com os idosos, ampliar o acesso às ações e serviços de informação, de promoção social e de desenvolvimento da cidadania e contribuir para a melhoria da assistência prestada ao idoso, em domicílio e nos serviços de saúde do SUS.

Art.3º. O curso de Formação Inicial para Cuidador de Idoso se caracteriza como curso de qualificação profissional, na modalidade presencial.

Parágrafo Único: o Curso de Formação Inicial para Cuidador de Idoso será ofertado para as seguintes Regionais de Saúde: **06ªRS União da Vitória (município: União da Vitória), 06ªRS União da Vitória (município: São Mateus do Sul), 08ªRS Francisco Beltrão (município: Capanema), 11ªRS Campo Mourão, (município: Campo Mourão) e 11ªRS Campo Mourão, (município: Goioerê).**

DO PÚBLICO-ALVO

Art.4º. O edital destina-se para inscrição de alunos/educandos com os seguintes critérios:

- I - Trabalhadores que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
- II - Trabalhadores que atuam em domicílio, cuidadores informais e familiares;
- III - Auxiliares de Enfermagem, Técnicos em Enfermagem, profissionais dos serviços do SUS (administrativos, ACE, ACS), e serviços privados.
- IV- Comunidade em geral;

Parágrafo Único: Os candidatos devem residir em um dos municípios de abrangência das Regionais de Saúde para as quais o curso foi ofertado, desde que tenham condições de se deslocar para o município sede do curso como consta neste edital.

DA MODALIDADE, CARGA HORÁRIA E VAGAS

Art.5º. O curso será realizado nas seguintes Regionais de Saúde: **06ªRS União da Vitória (município: União da Vitória), 06ªRS União da Vitória (município: São Mateus do Sul), 08ªRS**

Francisco Beltrão (município: Capanema), 11ªRS Campo Mourão, (município: Campo Mourão) e 11ªRS Campo Mourão, (município: Goioerê) na modalidade presencial, com carga horária total de 180 horas, sendo: 160 horas de aulas teóricas (noturnas) e 20 horas de aulas práticas.

As **aulas teóricas** serão no período **noturno**, das 19 horas às 22:45h. O horário das **aulas práticas** poderá ser **diurno ou noturno**, de acordo com a disponibilidade do local a ser realizado (ILPI ou casas asilares). O início do curso está previsto para o mês de **junho de 2024**, nos seguintes endereços a serem confirmados:

Regional	Endereço das Aulas Teóricas	Horário
06ªRS União da Vitória: - Município: União da Vitória	Aulas Teóricas: Auditório da 6ª RS End. Rua Marechal Floriano Peixoto, 180.	19 horas às 22:45 horas
	Aulas Práticas: A definir	A definir
06ªRS União da Vitória: - Município: São Mateus do Sul	Aulas Teóricas: Local: São Mateus, C E- EF M Profis N End:Rua Dr Paulo Fortes, 422 .Centro	19 horas às 22:45 horas
	Aulas Práticas: A definir	A definir
08ªRS Francisco Beltrão: - Município: Capanema	Aulas Teóricas: Local: Escola Municipal Concórdia. End.: Av. Botucaris, 1590, Centro.	19 horas às 22:45 horas
	Aulas Práticas: Centro Dia do Idoso de Capanema. End. Rua Geraldo Fulber, 864, bairro Santa Cruz.	A definir
11ªRS Campo Mourão: - Município: Campo Mourão	Aulas Teóricas: Local: Colégio Estadual de C. Mourão. End. Av. Guilherme de Paula Xavier, 795 Centro, Campo Mourão - PR, 87302-050, Telefone: (44) 3525-1581	19 horas às 22:45 horas
	Aulas Práticas: Lar de Idosos São Joa- quim e Sant'Ana. End: R. Antônio e Ozanan, 59, Vila Rio Grande, Campo Mourão - PR, 87302- 280, Telefone: (44) 99982-7837	A definir

11ªRS Campo Mourão: - Município: Goioerê	Aulas Teóricas: End.: Universidade Aberta do Brasil - UAB/Polo Goioerê. Localizada na Av. Brasília, 800 - Jardim Lindóia, Goioerê - PR, 87360-000, Telefone: (44) 3522-5317.	19 horas às 22:45 horas
	Aulas Práticas: Lar de Idosos São Joaquim e Sant'Ana. End: R. Antônio e Ozanan, 59, Vila Rio Grande, Campo Mourão - PR, 87302-280, Telefone: (44) 99982-7837	A definir

***Obs: Os locais das aulas teóricas e práticas estão sujeitos a alterações após a visita técnica da equipe da ESPP/CFRH.**

Art.6º. A duração do curso está vinculada à carga horária semanal e às condições sanitárias e locais destinadas para o curso.

Parágrafo único. Poderá haver readequação do calendário escolar, como adiamento ou interrupção, a qualquer momento do curso e a mesma será informada aos alunos e docentes com antecedência.

Art.7º. Serão ofertadas 35 vagas para cada município.

DA REALIZAÇÃO DO CURSO

Art.8º. O curso será realizado nos municípios de **União da Vitória, São Mateus do Sul, Capanema, Campo Mourão e Goioerê**, podendo ser alterados com o objetivo de facilitar o deslocamento dos alunos.

§ 1º. O curso não cobre as despesas com deslocamentos, hospedagem e alimentação dos alunos.

§ 2º. A realização do curso está condicionada à formação de turma, sendo no **mínimo 26** e no **máximo 35 alunos** e com o deferimento de matrículas pela Secretaria Escolar do CFRH.

DOS CRITÉRIOS DA INSCRIÇÃO

Art.9º. O candidato precisará atender os critérios abaixo:

- I. **Ter ensino Fundamental completo (I e II, equivalente a 8ªsérie ou 9º ano completos, conforme o período em que foi concluído), devidamente comprovado por histórico escolar;**
- II. **Ter 18 anos completos;**
- III. **Atender aos critérios listados no Art.4º.**

Parágrafo único. Caso o número de candidatos seja maior que o número de vagas ofertadas, são critérios para desempate:

- I. **Ter maior tempo de trabalho na área;**
- II. **Idade mais elevada.**

DAS INSCRIÇÕES

Art. 10º. A inscrição do(a) aluno(a) para o Curso Formação Inicial para Cuidador de Idoso, será aberta a partir da data de publicação deste Edital e se estenderá até o dia 30/04/2024.

Art. 11. Para realizar a inscrição, o(a) aluno(a) deverá preencher o **formulário eletrônico**, no EDITAL DE CHAMADA PARA INSCRIÇÃO - CURSO FORMAÇÃO INICIAL PARA CUIDADOR DE IDOSO no seguinte endereço: <https://sga.escoladesaude.pr.gov.br/f/AHsLvaqG>

§ 1º. Na impossibilidade de realização da inscrição por meio eletrônico, o candidato poderá entregar a documentação solicitada em mãos na sua Regional de Saúde, ou enviar por correio para a ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, no seguinte endereço: Rua Dr. Dante Romanó, nº120, Bairro Tarumã, CEP 82.821-016, Curitiba, PR.

§ 2º. A documentação deverá estar com data de postagem até dia 26/04/2024.

DA DOCUMENTAÇÃO

Art.12. Para a inscrição serão solicitados os documentos abaixo relacionados, os quais deverão ser digitalizados e anexados no formato PDF no momento da inscrição:

- I. Cópia do Registro Geral - RG (FRENTE E VERSO);
- II. Cópia do CPF;
- III. Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- IV. Cópia do Título de Eleitor;
- V. Cópia comprovante de reservista (homens);
- VI. Cópia do Histórico Escolar (FRENTE E VERSO, SEM CORTES);
- VII. Comprovante de endereço;
- VIII. Ficha cadastral – ANEXO I – preenchida;
- IX. Requerimento de Matrícula – ANEXO II – preenchido e assinado;
- X. Carta de liberação do gestor (**nos casos de servidores públicos**) para a participação no curso, **em papel timbrado, com assinatura e carimbo do gestor** - conforme modelo no ANEXO III;
- XI. Cópia do documento que comprove o vínculo empregatício (ex: carteira de trabalho se CLT, cópia do contracheque, termo de posse, declaração do RH, declaração do empregador, etc.).

§ 1º. Na Certidão de Casamento, se houver alteração do nome por motivo de divórcio, deverá constar na certidão de casamento a averbação de divórcio com a alteração - *o certificado para o aluno aprovado será emitido com o nome constante na Certidão de nascimento/casamento.*

§ 2º. Os documentos SOMENTE poderão ser anexados no **formato PDF** e os documentos com cópia frente e verso deverão ser anexados em um **único arquivo** SOMENTE, por motivos de segurança.

§ 3º. Somente serão aceitos documentos legíveis e sem cortes, as inscrições com faltas de documentos e/ou documentos ilegíveis/ incompletos, serão indeferidas.

DO DEFERIMENTO DE MATRÍCULA

Art.13. O deferimento da matrícula somente acontecerá após a conferência da documentação que deverá estar **completa** e em conformidade com o descrito nos artigos 9º e 12º deste edital.

§ 1º. As inscrições com documentos faltantes **não serão deferidas**.

§ 2º. A listagem dos alunos matriculados e a formação da turma serão divulgadas através do site da ESPP/CFRH – www.escoladesaude.pr.gov.br.

§3º. O aluno classificado que entregar requerimento de matrícula está ciente de que os procedimentos escolares de frequência, avaliação e certificação são regidos de acordo com o disposto neste edital, com a legislação vigente e com os termos do Regimento Interno do CFRH, o qual está disponível para consulta e conhecimento a qualquer tempo do curso.

DO CALENDÁRIO

Art.14. Este edital e suas referidas etapas seguem o calendário a seguir:

ETAPAS	DATAS
Inscrições dos(as) candidato(a)s	Até 30/04/2024
Análise da documentação	02 a 03/05/2024
Resultado Preliminar	06/05/2024
Recursos do resultado preliminar	07 a 08/05/2024
Resultado Final	10/05/2024
Previsão de Início das Aulas	*Data a definir

Parágrafo único. O cronograma poderá sofrer alterações no decorrer do processo seletivo, as quais serão publicadas no site: www.escoladesaude.pr.gov.br.

DO RESULTADO PRELIMINAR

Art. 15. O resultado preliminar estará disponível no site da ESPP, www.escoladesaude.pr.gov.br, no dia 06/05/2024, após às 17 horas.

DOS RECURSOS

Art. 15. Os recursos deverão ser encaminhados ao CFRH, pelo email: espp-recursos@sesa.pr.gov.br, nos dias 07 e 08/05/2024. No campo "Assunto" deve ser escrito: Recurso seleção do curso de Formação Inicial em Cuidador de Idoso.

DO INÍCIO E HORÁRIO DO CURSO

Art. 16. O início do curso está previsto para **junho de 2024**, em data a ser confirmada.

Parágrafo único: A data de início será informada no site www.escoladesaude.pr.gov.br.

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art.17. De acordo com o Regimento Interno do CFRH, são critérios para a certificação a frequência mínima de 75% em todos os módulos e rendimento mínimo de 60 (sessenta) em todos os módulos.

Art.18. Ao inscrever-se o candidato está automaticamente reconhecendo e aceitando as normas estabelecidas neste edital.

Art.19. As questões não previstas neste edital serão avaliadas por uma junta composta pela Coordenação Pedagógica, Secretaria Acadêmica e Direção do CFRH.

Curitiba, 19 de março de 2024.


Solange Rothbarth Bara

Direção interina ESPP-CFRH

ANEXO I

FICHA CADASTRO DE ALUNO

Centro Formador de Recursos Humanos CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA CUIDADOR DE IDOSO			
Regional:		Data:	
Município:			
Nome Completo:		Sexo:	
Data do Nascimento: / /		Naturalidade(cidade-UF)	
RG:	Órgão Exp:	UF:	Data Emissão:
CPF:	Título Eleitor:	Zona:	Seção:
Reservista:	Órgão:	Certidão:	
Estado Civil: () Casado () União Estável () Divorciado (a) Viúvo(a) () Solteiro (a) ()			
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Endereço Residencial e Contato			
Av/Rua:		Nº	Complemento
		Bairro	
CEP:	Cidade:		UF:
Tel. Residencial	Tel. Celular	Tel. Comercial	Outro Tel.
E-mail:			
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo – 8ª série () Ensino Médio () Completo () Incompleto ()			
Ensino Superior () Nome do Curso:			
Instituição de ensino que concluiu a escolaridade (fundamental, ensino médio e superior)			
Cidade - UF		Ano da Conclusão	
Profissional			
Cargo:		Tempo:	
Vínculo Empregatício:			
Servidor Municipal () Vínculo PSS () CLT ()			
Servidor Estadual () Vínculo PSS () CLT ()			

ANEXO II

**ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA
CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA CUIDADOR DE IDOSO**

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Excelentíssimo Senhor Diretor do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha,

Eu _____ (**nome completo**)

RG _____, venho por meio deste, requerer matrícula no curso de **Formação Inicial para Cuidador de Idoso**, ofertado por este Estabelecimento de Ensino, descentralizado no município de _____, na _____ Regional de Saúde de _____ e, estando ciente das normas do regimento do mesmo, inclusive quanto a escolaridade mínima exigida (8ª série ou 9º ano do Ensino Fundamental), conforme o **Edital nº 04/2024**, comprometo-me a cumpri-las.

**Nestes termos.
Pede deferimento.**

Local e data _____

Assinatura do Aluno _____

Deferido

Indeferido

Direção do CFRH/ESPP

ANEXO III

MODELO DE CARTA DE LIBERAÇÃO DO GESTOR

(Obs.: O documento deve ser emitido em papel timbrado)

Venho pelo presente, liberar o (a) candidato (a) _____
(**nome completo**), RG _____, contratado (a) como _____ (**especificar**) e
desempenhando o cargo/função de (**especificar**) _____, nesta **Secretaria
Municipal de Saúde (ou outro órgão)** para participar do **Curso de Formação Inicial para
Cuidador de Idoso**, ofertado pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná e Centro Formador
de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. Informo estar ciente de que se trata de um curso
de Formação Inicial, cujo processo de certificação dependerá da aprovação do aluno (a). Expresso
neste ato meu compromisso em liberar o aluno(a) e o transporte quando necessário, a fim de
viabilizar a sua participação nos momentos presenciais do curso e nos períodos de dispersão de
acordo com a matriz curricular, que poderão acontecer no horário de expediente do candidato.

Sendo só no momento, assino o presente documento.

Local e data

Assinatura e carimbo do gestor

(Fica a cargo do Secretário Municipal de Saúde designar o responsável pela assinatura da carta de liberação)