EDITAL Nº 17/2025

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

01ª RS ANTONINA

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 em Cuidador de Idoso serão regidos por este Edital, cuja publicidade se dará no endereço eletrônico: https://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.

Art.3º. O curso de Formação Inicial em Cuidador de Idoso se caracteriza como curso de qualificação profissional, na modalidade presencial.
Parágrafo Único: o Curso de Formação Inicial em Cuidador de Idoso será ofertado para a **01ªRS PARANAGUÁ, no município de ANTONINA.**

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 municípios de abrangência das Regionais de Saúde contempladas neste edital, **desde que tenham condições de se deslocar para um dos municípios de oferta do curso**, como consta neste edital.

DA MODALIDADE, CARGA HORÁRIA E VAGAS

Art.5º. O curso será realizado na **01ªRS PARANAGUÁ, no município de ANTONINA,** 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**, em dias e horários a serem definidos com as turmas, sendo o mínimo três vezes por semana, e o máximo cinco vezes por semana, das 19 horas às 22h. O horário das **aulas práticas** poderá ser **diurno ou noturno**, de acordo com a disponibilidade do local a serem realizadas (ILPI ou casas asilares). O início do curso está previsto para o mês de **JULHO de 2025**, em data a ser definida, nos seguintes endereços a serem confirmados:

***Obs: Os locais das aulas teóricas e práticas serão definidos 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 no município de **ANTONINA**, podendo ser alterado 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 25** 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 (frente e verso);**
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. 10°. A inscrição do(a) aluno(a) para o Curso Formação Inicial em Cuidador de Idoso, será aberta a partir da data de publicação deste Edital e se estenderá até o dia **22/06/2025**.

Art. 11°. Para realizar a inscrição, o(a) aluno(a) deverá preencher o **formulário eletrônico,** no EDITAL DE CHAMADA PARA INSCRIÇÃO - CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL EM CUIDADOR DE IDOSO no seguinte endereço: https://retsus.ufrn.br/f/A4bQzizH

§ 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 23/06/2025.

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 do comprovante de reservista (homens);
VI. Cópia do Histórico Escolar do Ensino Fundamental I e II, com o certificado de conclusão (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, se houver, (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 ou sem comprovação da escolaridade mínima exigida, 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 o 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	**30/05 a 22/06**
Análise da documentação	**23/06 a 26/06**
Resultado Preliminar	**27/06**
Recursos do resultado preliminar	**30/06 e 01/07**
Resultado Final	**03/07**
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 **27/06/2025**, após as 17 horas.

DOS RECURSOS

Art.16°. Os recursos deverão ser encaminhados ao CFRH, pelo email: espp-recursos@sesa.pr.gov.br , dos dias **30/06 a 01/07/2025**. No campo “Assunto” deve ser escrito: Recurso- Seleção do Curso de Formação Inicial em Cuidador de Idoso.

DO INÍCIO E HORÁRIO DO CURSO

Art. 17°. O início do curso está previsto para acontecer entre a **segunda quinzena de julho ou primeira quinzena de agosto de 2025**, em data a ser confirmada.
Parágrafo único: A data de início será informada no site www.escoladesaude.pr.gov.br.

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art.18°. 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.19°. Ao inscrever-se o candidato está automaticamente reconhecendo e aceitando as normas estabelecidas neste edital.

Art.20°. As questões não previstas neste edital serão avaliadas por uma junta composta pela Coordenação Pedagógica, Secretaria Acadêmica e Direção do CFRH.

Curitiba, 30 de maio de 2025.

Solange Rothbarth Bara
Diretora ESPP-CFRH

ANEXO I

FICHA DE 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 ( ) Sem vínculo ( )			

ANEXO II

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

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

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

Eu _____ **(nome completo)**

RG _____, venho por meio deste, requerer a matrícula no curso de **Formação Inicial em 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 17/2025**, comprometo-me a cumpri-las.

Nestes termos.
Pede deferimento.

Local e data_____

Assinatura do Aluno_____

Deferido □ **Indeferido** □

_____
Solange Rothbarth Bara
Diretora ESPP-CFRH

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 em 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)