

PROJETO DO CURSO E EVENTO DA SMS CURITIBA

NOME DO EVENTO/CURSO:

DIRETORIA OU DISTRITO
SANITÁRIO:

PESSOA(S) DE REFERÊNCIA:

FONE:

TIPO DE EVENTO

OUTROS - ESPECIFICAR:

ÁREA TEMÁTICA DA AÇÃO

OUTROS - ESPECIFICAR:

DADOS DO EVENTO

VAGAS E TURMAS

A) NÚMERO TOTAL DE VAGAS

B) NÚMERO DE TURMAS

TOTAIS DE VAGAS E TURMAS

C) NÚMERO DE VAGAS TOTAIS POR TURMA

C.1) Número de Vagas SMS

C.2) Número de Vagas FEAS

C.3) Número de Vagas Residentes Médicos

C.4) Número de Vagas Residentes Multiprofissionais

C.5) Número de Vagas Comunidade em geral

CARGA HORÁRIA

D) CARGA HORÁRIA DE CADA TURMA

E) CARGA HORÁRIA TOTAL

PÚBLICO ALVO	☐ Apenas servidores da SMS ☐ Servidores da SMS e trabalhadores FEAS ☐ Servidores da SMS, Trabalhadores FEAS e residentes ☐ Servidores de outras secretarias – Quais? ☐ Outros (Comunidade, etc.) Descrever:
	CATEGORIAS PROFISSIONAIS (Ex.: enfermeiro, TSB, médico etc.):

TURMA(S)	DATA(S)	HORÁRIO MANHÃ		HORÁRIO TARDE		HORÁRIO NOITE		EAD ASSÍNCRONO	
1			às			às		TURMA ÚNICA	DATA PROVÁVEL DO INÍCIO DO CURSO
2			às			às			
3			às			às			
4			às			às			
5			às			às			
6			às			às			

Se houver mais de 6 turmas previstas, em separado, envie um listagem com todas elas, contendo as informações deste campo.

OBJETIVO: Definir de forma específica o que se deseja alcançar com esta ação (o que?)

Máximo 1000 Caracteres

METODOLOGIA: Descrever a proposta metodológica (estrutural e pedagógica) para promover a aprendizagem (como?). É obrigatório.

Máximo 700 Caracteres

DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

MÓDULO		SÍNTESE DO CONTEÚDO	DOCENTE	
Tema do módulo	Horário		Nome	CH

Se houver mais de 7 módulos previstos, em separado, envie um listagem com todos eles, contendo as informações deste campo.

INSTRUTORES/DOCENTES:

☐ Servidor da SMS

☐ Servidor/trabalhador de outra instituição – Qual?

NOME	MAT/SMS	E-MAIL	CPF	FONE	CARGO ou INSTITUIÇÃO

Se houver mais de 6 instrutores previstos, em separado, envie um listagem com todos eles, contendo as informações deste campo.

LOCAL DE REALIZAÇÃO:

NOME DO ESTABELECIMENTO		FONE	TIPO	
			AUDITÓRIO/SALA	CAPACIDADE
LOGRADOURO	NÚMERO	COMPL.	BAIRRO	CEP

FREQUÊNCIA

**Informar qual o tipo de Controle de frequência usará. Para o CES é obrigatório o envio dos registros.*

TIPO DE CONTROLE DE FREQUÊNCIA:

- ☐ **Lista de Frequência** – padrão do CES
- ☐ **Registro a partir do QR Codes** – padrão Aprender Saúde (leia os Fluxogramas de Planejamento e Execução de Cursos e Eventos Científicos)
- ☐ **Outro** – Se marcou “outro”, especifique qual:

OBSERVAÇÕES:

1. Em eventos presenciais, prefira o uso dos QR Codes para o registro das frequências.
2. Quando utilizar Lista de Frequência no modelo oficial padrão CES: O preenchimento completo dos campos do aluno, especialmente o CPF, é obrigatório. Sem essa informação, não será possível registrar a participação ou emitir certificado.
3. Após a realização do evento ou curso, o responsável deverá encaminhar ao CES as listas de presença originais, legíveis e conferidas.
4. Em cursos/eventos com mais de uma data, cuja carga horária é distribuída em módulos, é necessário envio de todas as listas individuais de cada data.
5. Não serão aceitas listas digitalizadas com rasuras ou assinaturas sobrepostas.
6. O prazo para envio das listas originais ao CES é de até 5 dias úteis após a finalização da atividade.
7. Os certificados poderão ser acessados no endereço: <https://aprender.curitiba.pr.gov.br/>, no campo Histórico Escolar.
8. Somente serão certificados os participantes com 100% de frequência para cursos/eventos com menos de 20h/aula e no mínimo 75% de frequência para os com mais de 20h/aula.

AVALIAÇÃO:

**Informar qual o tipo de avaliação usará. Para o CES deve ser encaminhado apenas o condensado da avaliação para arquivamento junto com o projeto.*

- ☐ **Formulário de Avaliação Nível 1 - REAÇÃO** (padrão do CES)
- ☐ **Formulário de Avaliação Nível 2 - APRENDIZAGEM** (padrão do CES)
- ☐ **Formulário de Avaliação Nível 3 - TRANSFERÊNCIA PARA PRÁTICA** (padrão do CES)
- ☐ **Outro** – Se marcou “outro”, especifique qual:

APROVAÇÃO:

DATA:

DIRETOR/SUPERVISOR RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura (Preferencialmente Digital)

DATA:

CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – CES

Carimbo e assinatura (Preferencialmente Digital)

OBS: Todos os campos são de preenchimento obrigatório inclusive as devidas assinaturas.