|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dados da Unidade Concedente | Dados da Unidade Conveniada | Dados do Aluno |
| **Razão social:**  | **Razão Social:** | **Nome completo:**  |
| **UAPS DR ROBERTO SILVA BRUNO**  | **EFIVEST, CENTRO DE EDUCAÇÃO**Cursinho da Universidade | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **CNPJ:** | **CNPJ:** | **RG:**  | **CPF** |
| 04885197/0001-44 | 07.327.965/0001-32 | **Clique aqui para digitar texto.** | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Endereço:**  | **Endereço:** | **Endereço:** |
| Av. Borges de Melo, 910 - Bairro de Fátima. CEP: 60415-762 | Rua Alberto Magno, 300 - MonteseFortaleza/Ceará 60.425-235 | Clique aqui para digitar texto. |
| **Representante/Matrícula:** | **Representante:** | **Curso:** | **Matrícula:** |
| Monique Lima Marques Oliveira2516691 | Josemildes Farias FonsecaCES-CE 5570 | **TÉCNICO EM** **ENFERMAGEM** | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celebram entre si o presente **TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO**, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 e no Termo de Convênio **Nº 35/2018 firmado entre o município de Fortaleza, com a interveniência da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE-SMS e a CENTRO DE EDUCAÇÃO EFIVEST** e, ainda, obedecendo as condições e cláusulas a seguir especificadas |
| **Cláusula 1ª – Da natureza do estágio:** |
| Este Termo de Compromisso tem como objetivo a realização de estágio curricular obrigatório da disciplina de Estágio de, **Clique aqui para digitar texto.** do curso de **TÉCNICO EM ENFERMAGEM**. |
| **Cláusula 2ª – Da duração e carga horária do estágio:** |
| O estágio terá início em Clique aqui para digitar texto. e término em Clique aqui para digitar texto. e será cumprido no horário de Clique aqui para digitar texto. h às Clique aqui para digitar texto. h, nos dias da semana deClique aqui para digitar texto., finalizando uma carga horária TOTAL de Clique aqui para digitar texto. h no serviço. |
| **Cláusula 3ª – Das atividades do estágio:** |
| As atividades desenvolvidas pelo (a) Estagiário (a) deverão ser compatíveis com sua área de formação e com o Plano de Atividades do Estagiário (ANEXO). |
| **Cláusula 4ª – Das Competências da Unidade Concedente:** |
| a) Ofertar instalações satisfatórias para a realização das atividades previstas;b) Definir, juntamente com a Instituição de Ensino Conveniada, as tarefas que serão programadas e executadas pelo (a) Estagiário (a), constantes e integrantes do Plano de Atividades do Estagiário;c) Designar o Profissional Supervisor(a) de estágio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável pelas atividades de educação permanentes em saúde com o objetivo de orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelo (a) estagiário (a); d) Realizar junto à instituição de ensino avaliação do estágio, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses;  |
| **Cláusula 5ª – Das Competências da Unidade Conveniada:** |
| a) Preparar em nível preliminar os educandos para o estágio;b) Designar a professor (a) Supervisor (a) /Orientador (a) Maria Tarcila Rabelo Pinheiro (COREN/CE 347.444), a quem caberá o acompanhamento, orientação e avaliação do (a) Estagiário (a), bem como a articulação com o Profissional Supervisor de estágio da unidade concedente a cada sete dias;c) Manter atualizadas as informações cadastrais relativas ao (a) Estagiário (a);d) Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o (a) Estagiário (a) para outro local em caso de descumprimento de suas normas;e) Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;f) Certificar em favor do (a) Estagiário (a), seguro de acidentes pessoais, de acordo com o parágrafo único, do Capítulo III da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008: **Vigência do Seguro:** Clique aqui para digitar texto. **até** Clique aqui para digitar texto. **; Apólice do Seguro Nº** Clique aqui para digitar texto.**.** **Empresa Seguradora:** Clique aqui para digitar texto.g) Realizar junto à unidade de saúde avaliação do estágio, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, mediante elaboração e entrega de relatório de atividades em três vias (unidades de saúde, distrito de saúde e Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) |
| **Cláusula 6ª – Das Competências do (a) Estagiário (a):** |
| a) Obedecer às normas internas da Unidade Concedente;b) Responder por perdas e danos consequentes da inobservância das normas internas da Unidade Concedente ou das constantes deste Termo de Compromisso sejampor dolo ou culpa;c) Cumprir as orientações do Professor Orientador da Instituição de ensino e do Profissional da Unidade Concedente;d) Realizar as tarefas previstas no seu Plano de Atividades e, na impossibilidade eventual do cumprimento de algum item dessa programação, comunicar, por escrito, ao Profissional Orientador e Profissional Supervisor de estágio;e) Apresentar os relatórios que lhes forem solicitados pela Unidade Concedente e pela Instituição de Ensino Conveniada. |
| **Cláusula 7ª – Das disposições gerais:** |
| a) O (A) Estagiário (a) deverá informar de imediato e por escrito a Unidade Concedente qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matricula na Instituição de Ensino Conveniada, ficando ele (a) responsável por quaisquer danos causados pela ausência dessa informação;b) O (A) Estagiário (a) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a Unidade Concedente, conforme o artigo 3º do capítulo I da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.c) Acarretam a imediata rescisão deste termo de compromisso de Estágio:1. A conclusão, abandono, desistência ou trancamento de matrícula ou da disciplina objeto deste termo;
2. Transferência para outro curso;
3. O não cumprimento de qualquer cláusula do presente instrumento e;
4. Comportamento inadequado, imoral ou indisciplinado do estagiário.
 |
| E, por estarem devidamente ajustados com as condições aqui estipuladas, firmam a Unidade Concedente, a Unidade Conveniada e o (a) Estagiário (a), o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e forma, para que o mesmo produza seus devidos efeitos legais. |
| **Local e data:** Fortaleza, Clique aqui para digitar texto.de Clique aqui para digitar texto. de 2019. |
| Assinatura da Instituição Concedente | Assinatura da instituição de ensino | Assinatura do estagiário (a) |