**TERMO DE COMPROMISSO PARA ESTÁGIO OPTATIVO**

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Programa de Residência em Área Profissional da Saúde | | CNPJ: 25.648.387/0001-18 | |
| Endereço: Av. Pará nº 1720 - Bloco 2H – Sala 15 – Campus Umuarama | | | Bairro: Umuarama |
| Cidade: Uberlândia | CEP: 38.405-320 | | Estado: MG |
| Telefone: (34) 32258631 | Endereço eletrônico: [coremu@famed.ufu.br](mailto:coremu@famed.ufu.br) e [seccoremu@ufu.br](mailto:seccoremu@ufu.br) | | |
| Representante legal: Maria Angélica Melo e Oliveira | | | |
| Cargo: Coordenador(a) | RG: | | CPF: |

**INSTITUIÇÃO CONCEDENTE DO ESTÁGIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | CNPJ: | |
| Endereço: | | | Bairro: |
| Cidade: | CEP: | | Estado: |
| Telefone: | Endereço eletrônico: | | |
| Representante legal ou seu procurador: | | | |
| Cargo: | RG: | | CPF: |

**RESIDENTE ESTAGIÁRIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Residente: | | CPF: | |
| Endereço: | | | Bairro: |
| Cidade: | CEP: | | Estado: |
| Telefone: | E-mail:: | | |

As partes acima identificadas celebram o presente Termo de Compromisso, conforme condições a seguir:

1. O estágio terá início em **DATA** e término previsto para **DATA**. Durante este período, o estagiário realizará, dentro do contexto da área de concentração em que está matriculado na instituição de origem, as atividades técnico-profissionais descritas no plano de atividades.
2. O Estagiário não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com a Instituição Concedente do estágio em razão deste Termo de Compromisso.
3. O estagiário não terá direito a benefícios trabalhistas, tais como 13º salário, FGTS e outros, conforme legislação em vigor.
4. O residente estagiário continuará recebendo a Bolsa de estudo-trabalho, financiada pelo Ministério da Educação/Ministério da Saúde, através da instituição de ensino de origem.
5. É vedado o gozo de férias no período de estágio.
6. O residente Estagiário cumprirá 48 horas semanais de atividades práticas conforme Resolução SeSu/CNRMS nº 5/2014, sendo o horário do estágio estabelecido de acordo com as conveniências mútuas.
7. Durante a vigência do estágio, o estudante estará coberto por seguro de acidentes pessoais, de própria aquisição e responsabilidade, por meio da apólice nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** da seguradora **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.
8. O estagiário se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio, salvo na impossibilidade de fazê-lo por motivo de força maior. Nesse caso, as convenentes deverão ser previamente informadas por escrito.
9. A supervisão das atividades de estágio no âmbito da Concedente do estágio será de responsabilidade do(a) preceptor Sr(a). \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, que deverá assinar folha de frequência do(a) residente, realizar avaliação do(a) residente ao término do estágio e assinar o relatório de atividades do(a) residente..

Parágrafo Único - O preceptor/tutor declara ter formação ou experiência comprovada na área de atuação do residente estagiário.

1. A orientação do estágio no âmbito da Instituição de Ensino de origem será de responsabilidade do(a) Sr(a). **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** que deverá acompanhar e avaliar as atividades do residente estagiário.
2. O Residente Estagiário deverá informar de imediato e por escrito à Instituição Concedente do estágio e a sua Instituição de Ensino qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele a sua matrícula na Universidade, ficando responsável por quaisquer despesas causadas pela ausência dessa informação.
3. O Residente Estagiário deverá apresentar ao final do estágio o relatório das atividades que foram realizadas.
4. O Termo de Compromisso poderá ser rescindido sob as seguintes hipóteses:
   1. Comprovada a falta de aproveitamento do residente estagiário, após 15 dias do início do período previsto para a duração do estágio;
   2. A qualquer momento, a pedido do residente estagiário ou da Concedente do estágio, manifestado por escrito;
   3. Em decorrência do descumprimento de qualquer cláusula do convênio ou do Termo de Compromisso;
   4. Pelo não comparecimento do residente estagiário à instituição/unidade onde será realizado o estágio, sem justificativa plausível, por três dias consecutivos ou cinco intercalados, no período de um mês;
   5. Por motivo técnico, funcional ou disciplinar inadequado para com os seus padrões e regulamentos internos;
   6. Pelo trancamento de matrícula, desistência, conclusão, transferência, abandono ou frequência irregular.
5. Este instrumento poderá ser eventualmente alterado por documento complementar, assinado pelas partes, nos casos de prorrogação, mudança de horário, local do estágio e de preceptoria.
6. Os estágios cessarão automaticamente após o vencimento do período descrito neste instrumento.
7. E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes assinam em três vias.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uberlândia, DATA** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome Residente Estagiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome representante legal da Concedente  Função administrativa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Maria Angélica Melo e Oliveira  Coordenadora do  Programa de Residência em  Área Profissional da Saúde |