



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS**  
**DIVISÃO CIENTÍFICA - DIRETORIA DE ENSINO**



## TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

nos termos da Lei Federal nº 11.788 de 25/09/2008 e da Resolução Estadual SS-105 de 30/10/2012  
para a realização de Estágio Curricular Obrigatório neste mesmo ano letivo vigente.

**ATENÇÃO!** Os campos grifados de **verde** devem ser preenchidos pela Unidade Concedente (IIER).  
Os campos grifados de **laranja** devem ser preenchidos pela instituição de ensino.  
E os campos grifados em **azul** devem ser preenchidos pelo aluno / estagiário.

<b>Unidade Concedente:</b> INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS (IIER)	
<b>Endereço:</b> AV. DR. ARNALDO, 165 - CERQUEIRA CÉSAR - SÃO PAULO - SP	
<b>CEP:</b> 012460-900	<b>Fone/Fax:</b> 3896-1281
<b>CGC:</b> 46 374 500/0008-60	<b>Insc. Estadual:</b> ISENTO
<b>Área / Campo de Estágio no IIER:</b>	
<b>ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO ( ) OPCIONAL ( ) CONVENIADO</b>	
<b>Instituição de Ensino:</b>	
<b>Nome do Curso:</b>	<b>Ano / Semestre do Curso:</b>
( ) técnico ( ) graduação ( ) especialização ( ) residência ( ) outros:	
( ) pública ( ) privada ( ) outros:	
<b>Disciplina / Departamento:</b>	
<b>Nome do aluno/estagiário:</b>	<b>FOTO</b>
<b>RG:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Nº no Conselho Profissional / UF:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Cidade / Estado:</b>	
<b>Telefones (Res / Com / Cel):</b>	
<b>e-mail:</b>	
Recebe bolsa? ( ) Não ( ) Sim      Paga mensalidade à Faculdade / Instituição? ( ) Sim ( ) Não Vacinação em dia? ( ) Sim ( ) Não Tipo de seguro contra acidentes: ( ) Individual ( ) Coletivo Seguradora: _____ Período/validade: _____ Número da apólice: _____	
<i>A existência de seguro contra acidentes pessoais é exigida por lei, devendo a apólice ser nominal em favor do estagiário e compatível com valores de mercado. Para os estágios curriculares obrigatórios cabe à Instituição de Ensino providenciar o seguro, sendo que os dados aqui solicitados, caso não sejam do seu conhecimento, devem ser obtidos junto à secretaria do seu Curso.</i>	

1. As atividades desenvolvidas no IIER para este ESTÁGIO terão duração média de \_\_\_\_\_ dias, começando em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e terminando em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Este período poderá ser prorrogado, modificado, interrompido, suspenso ou cancelado por iniciativa de qualquer uma das partes, desde que avisado por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O horário estipulado para o cumprimento das atividades estende-se das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, com carga horária total de até \_\_\_\_\_ horas semanais.

3. O IIER designa como Supervisor deste estágio o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ e a INSTITUIÇÃO DE ENSINO designa como seu(sua) Representante o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, competindo-lhes executar e supervisionar o conteúdo didático-pedagógico de acordo com o cronograma e a programação geral do Estágio.

#### 4. Caberá ao Aluno:

- 4.1. Cumprir a programação estabelecida para o Estágio, incluindo seus componentes teóricos, práticos, provas e avaliações, se for o caso;
  - 4.2. Observar as normas e regulamentos internos do IIER;
  - 4.3. Comportar-se de maneira ética e adequada aos preceitos de uma Unidade Assistencial de Saúde Pública;
  - 4.4. Obedecer às Normas de Biossegurança estabelecidas, apresentando-se no local de estágio adequadamente uniformizado e portando o crachá fornecido pela Unidade, de forma que sua identificação pessoal e função sejam facilmente identificados;
  - 4.5. Informar de imediato e por escrito à Supervisão no IIER qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula junto à Instituição de Ensino;
  - 4.6. Apresentar relatório, caso solicitado, das atividades exercidas no decorrer do estágio.
5. Constituem motivos para a cessação imediata da vigência deste Termo de Compromisso e, conseqüentemente, das atividades a serem desenvolvidas no IIER:
- 5.1. A comprovação de que informações aqui fornecidas são inverídicas e/ou fraudulentas;
  - 5.2. A conclusão ou abandono do curso e o trancamento de matrícula na Instituição de Ensino;
  - 5.3. O desrespeito do Estagiário às normas e regulamentos internos do IIER;
  - 5.4. O não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso.
6. As atividades realizadas pelo aluno no IIER referentes a este estágio não serão remuneradas e não implicam em vínculo empregatício de qualquer natureza, para todos os efeitos legais.
7. Por estarem de inteiro e comum acordo com as condições deste TERMO DE COMPROMISSO, os envolvidos e interessados assinam-no em 03 (três) vias de igual teor, cabendo a primeira ao IIER, a segunda à INSTITUIÇÃO DE ENSINO e a terceira ao ALUNO/ESTAGIÁRIO.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### pele INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS:

_____ <b>Diretor Técnico de Saúde II</b> <small>Divisão Científica</small>	_____ <b>Supervisor do Estágio</b> <small>Seção/Setor:</small>
--	--

#### pele INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

_____ <b>Representante / Diretor do Curso</b> <small>Tels. para contato:</small>	_____ <b>Contato Administrativo</b> <small>Email:</small>
--	---

#### ALUNO:

_____ <small>Assinatura</small>
------------------------------------