



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



## TERMO DE COMPROMISSO REFERENTE A ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE ESTÁGIO - ALUNO

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 Atividades Complementares de Estágio Curricular Obrigatório neste mesmo ano letivo vigente.

<b>Unidade Concedente</b>	
<b>Razão Social :</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> 3896-1241
<b>CGC:</b> 46 374 500/0008-60	<b>Insc. Estadual:</b> ISENTO

<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO        (SOMENTE INSTITUIÇÕES CONVENIADAS)</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 / Área das Atividades no IIER:</b>	

1. As Atividades Complementares desenvolvidas no IIER terão duração 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 \_\_\_\_\_ horas nos seguintes dias da semana: ( ) 2ª; ( ) 3ª; ( ) 4ª; ( ) 5ª; ( ) 6ª.

3. O IIER designa como Supervisor destas Atividades Complementares 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 toda a programação estabelecida para as Atividades Complementares, incluindo seus componentes teóricos, práticos, provas e avaliações, se for o caso;

4.2. Observar as normas e regulamentos internos do IIER, zelando pelas suas instalações, equipamentos e materiais;

4.3. Comportar-se de maneira ética e adequada aos preceitos de uma Unidade Assistencial de Saúde Pública, bem como observar o sigilo das informações a que tiver acesso;

- 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 a Instituição de Ensino;
- 4.6. Apresentar relatório, caso solicitado, das atividades exercidas no decorrer do período.
5. Constituem motivos para a cessação imediata da vigência deste Termo de Compromisso e, conseqüentemente, das atividades complementares 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 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 \_\_\_\_\_.

**pelo INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMÍLIO RIBAS":**

\_\_\_\_\_  
**Diretor Técnico de Saúde II**  
 Divisão Científica

\_\_\_\_\_  
**Supervisor do Estágio**  
 Seção/Setor:

**pela INSTITUIÇÃO DE ENSINO:**

\_\_\_\_\_  
**Representante / Diretor do Curso**

\_\_\_\_\_  
**Contato Administrativo**

Tels. para contato:

Email:

ALUNO / ESTAGIÁRIO		FOTO
Nome:		
RG:	CPF:	
Endereço:		
Cidade / Estado:	Telefones (Res / Com / Cel):	
e-mail:	Nº Conselho Profissional / UF:	
Paga mensalidade à Faculdade / Instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. É bolsista? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Vacinação em dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Seguro contra acidentes: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> 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>		
Assinatura do aluno: _____		

