



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.

Unidade Concedente: INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS (IIER)	
Endereço: AV. DR. ARNALDO, 165 - CERQUEIRA CÉSAR - SÃO PAULO - SP	
CEP: 012460-900	Fone/Fax: 3896-1281
CGC: 46 374 500/0008-60	Insc. Estadual: ISENTO
Área / Campo de Estágio no IIER:	
ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO () OPCIONAL () CONVENIADO	
Instituição de Ensino:	
Nome do Curso:	Ano / Semestre do Curso:
() técnico () graduação () especialização () residência () outros:	
() pública () privada () outros:	
Disciplina / Departamento:	
Nome do aluno/estagiário:	FOTO
RG: _____ CPF: _____	
Nº Conselho Profissional (CRM, COREN etc): _____ UF: () não se aplica	
Endereço: _____	
Cidade / Estado: _____ Telefone (Cel): _____	
e-mail: _____	
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 aproximada de um mês, começando em ____/____/____ (primeiro dia útil do mês) e terminando em ____/____/____ (um dia antes do primeiro dia útil do mês subsequente). 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, 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 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:

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

pele INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

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

ALUNO:

<p>Assinatura</p>
