***IMPORTANTE***

Deverão ser preenchidos neste documento **somente** os campos em **negrito**, os demais campos

**PERMANECEM INALTERADOS**.

**Não** serão aceitos documentos preenchidos manualmente e nem com **data retroativa**.

Encaminhar por e-mail a documentação já preenchida e assinada pelo Concedente, Orientador do estágio e aluno, com antecedência de 5 dias úteis antes do início do estágio.

Máximo 5 páginas

Por favor**, apagar** estas instruções após o preenchimento.

# TERMO DE COMPROMISSO

**(NOME DA INSTITUIÇÃO),** estabelecida à **(ENDEREÇO, BAIRRO, CEP, CIDADE, ESTADO)**, **CNPJ n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** designada CONCEDENTE e o(a) Sr(a) **(NOME**), portador(a) do **RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF** **n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , residente à **(ENDEREÇO, BAIRRO, CEP, CIDADE, ESTADO**), aluno(a) do curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, **n USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_,** designado(a) ESTAGIÁRIO, tendo como INTERVENIENTE a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, com endereço à Av. Prof. Lineu Prestes, n 580, Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira”, CEP 05508-900, CNPJ n 63.025.530/0015-00, celebram o presente TERMO DE COMPROMISSO, que se vincula ao Convênio para realização de Estágio, firmado entre a CONCEDENTE e a INTEVENIENTE**,** nos termos da Lei Federal n 11.788/08 e resolução USP nº 5.528/09, conforme condições a seguir:

1. O ESTAGIÁRIO não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com a CONCEDENTE, em razão deste Termo de Compromisso.

2. O estágio iniciar-se-á **em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,** terminando **em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,** podendo ser eventualmente prorrogado, até o período máximo de 02 anos, por documento complementar, com 5 (cinco) dias de antecedência do término do estágio.

2.1. A Concedente se compromete informar, às demais partes, qualquer alteração nas condições iniciais deste Termo de Compromisso, através de documento complementar.

3. É assegurado ao ESTAGIÁRIO, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.

3.1 O recesso de que trata este artigodeverá ser remunerado quando o estagiário receber bolsa ou outra forma de contraprestação.

3.2. Os dias de recesso previstos neste artigo serão concedidos de maneira proporcional, nos casos de o estágio ter duração inferior a 1 (um) ano.

3.3 A CONCEDENTE informará, às demais partes, com cinco dias de antecedência, o período de recesso que o estagiário irá gozar.

4. O ESTAGIÁRIO **cumprirá \_\_\_\_ (\_\_\_)** horas por semana, limitado a 06 horas diárias. O horário de estágio será combinado de acordo com as conveniências mútuas, ressalvadas as horas de aulas, de provas e de outros trabalhos didáticos e as limitações dos meios de transportes, estando a empresa ciente da grade horária do aluno.

5. A CONCEDENTE designa o (a) Sr. (a). **(NOME)** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** formado em **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, que ocupa o cargo de **(CARGO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, no Setor/Departamento**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **(FONE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **(E-MAIL**) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, para ser o SUPERVISOR do Estágio que será por ele programado.

6. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio, salvo impossibilidade da qual a CONCEDENTE e a INTERVENIENTE serão previamente informadas.

7. O ESTAGIÁRIO receberá a BOLSA AUXÍLIO no valor de **R$ \_\_\_\_\_\_ (por extenso),** acrescido do Auxílio-Transporte no valor de **R$\_\_\_\_\_\_ (por extenso)**, totalizando por mês a quantia de **R$ \_\_\_\_\_\_\_\_ (por extenso)**, podendo os respectivos valores serem reajustados a critério da CONCEDENTE.

7.1 A Bolsa Auxílio, por não ter natureza salarial, não estará sujeita a qualquer desconto trabalhista, previdenciário ou mesmo de FGTS, exceção feita ao desconto correspondente a retenção do Imposto de Renda na fonte.

7.2 O ESTAGIÁRIO ainda receberá a concessão dos seguintes benefícios: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, por parte da CONCEDENTE, sendo que os mesmos não caracterizam vínculo empregatício.

8. Quando, em razão da programação do estágio o ESTAGIÁRIO tiver despesas extras, a CONCEDENTE providenciará o seu pronto reembolso.

9. O ESTAGIÁRIO está segurado contra acidentes pessoais, pela **Apólice n** da **(nome da Companhia de Seguros).**

9.1. Os alunos da USP que estiverem realizando estágio obrigatório em instituição externa, quando a parte concedente não oferecer seguro contra acidentes pessoais, estarão cobertos pelo Fundo de Cobertura de Acidentes Pessoais da Universidade de São Paulo, durante todo o período do estágio.

10. Aplica-se ao ESTAGIÁRIO a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, sendo sua implementação de responsabilidade da CONCEDENTE do estágio.

11. O ESTAGIÁRIO deverá informar de imediato e por escrito à CONCEDENTE, qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula na INTERVENIENTE, ficando responsável por quaisquer despesas causadas pela ausência dessa informação.

12. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir as normas e os regulamentos internos da CONCEDENTE. Pela inobservância dessas normas, o ESTAGIÁRIO responderá por perdas e danos.

13. Com periodicidade mínima de 06 meses, a CONCEDENTE encaminhará à INTERVENIENTE, relatório parcial, conforme modelo da INTERVENIENTE, visado pelo Supervisor do estágio e pelo ESTAGIÁRIO, a fim de permitir o acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas durante o estágio.

13.1. Por ocasião do desligamento do ESTAGIÁRIO, a CONCEDENTE encaminhará relatório final e fichas de avaliação do estágio, conforme modelos da INTEVENIENTE, visado pelo Supervisor do estágio e pelo ESTAGIÁRIO, abrangendo todo período das atividades realizadas.

14. O estágio poderá ser rescindido por iniciativa do ESTAGIÁRIO, CONCEDENTE ou INTERVENIENTE, mediante comunicação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 05 dias.

15. A INTERVENIENTE supervisionará o estágio de conformidade com o seu regimento interno, ficando o ESTAGIÁRIO sujeito a essa regulamentação.

16. Para dirimir eventuais dúvidas que possam ser suscitadas na execução e interpretação do presente Termo de Compromisso, fica eleito o foro da Capital do Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, mesmo privilegiado.

E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em 03 (três) vias, na presença de duas testemunhas, para todos os fins e efeitos de direito

PLANO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

|  |  |
| --- | --- |
| **Área de atuação do Estagiário:** | |
| **Descrição das principais atividades a serem realizadas** | **Período** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_**.

**CONCEDENTE SUPERVISOR DO ESTÁGIO**

**INTERVENIENTE ESTAGIÁRIO**

**Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP**

*Prof. Dr. Gabriel Lima Barros, de Araújo*

*N°. Funcional 31270380*

*Presidente da Comissão de Estágios,*

*Por delegação da Comissão de Graduação da*

*FCF/USP*

Testemunhas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESUMO GERAL DOS DADOS DE ESTÁGIO**

**Dados do Aluno**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | NºUSP: |
| Tel./Cel.: | E-mail: | |

**Dados da Empresa**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | |
| Tel.: | E-mail: | Site: |
| Site/E-mail para envio de currículos de alunos: | | |

**Contato do responsável pelos estágios na Empresa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Setor: | Cargo: |
| Tel.: | E-mail: |

**Dados do SUPERVISOR do ESTÁGIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | |
| Formação: | Cargo: | | Setor: |
| Tel.: | | E-mail: | |

**Dados do Estágio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Início: | Fim: | Carga semanal: |
| Bolsa: | Auxílio-Transporte: | Total: |
| Apólice: | Seguradora: | |

**Dados da Faculdade:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo | | |
| CNPJ:63.025.530/0015-00 | Curso: Farmácia-Bioquímica | E-mails: [sefarma@usp.br](mailto:sefarma@usp.br)  [convênios.sefarma@usp.br](mailto:convênios.sefarma@usp.br) |
| Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580 – Bl.13A - Butantã -São Paulo - 05508-900 | | |
| Horário de Atendimento: 13:00h às 17:00h | | |
| Telefone: (11) 3091-2438 // (11) 2648-0595 | | |
| Contato com: Magda Omelczuk | | |