**CONFECCIONAR 03 VIAS EM PAPEL TIMBRADO DO CONCEDENTE**

 TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO

**(Nome da Empresa)**, doravante designada concedente, o(a) Sr(a). **(Nome do Estagiário)**, **N° USP \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG **Nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante designado(a) estagiário(a) e a FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA USP, doravante designada INSTITUIÇÃO DE ENSINO, todos já qualificados no Termo de Compromisso, resolvem firmar o presente Termo Aditivo, com fundamento no Parágrafo 1.

 Prorrogação do prazo de vigência previsto, passando a vigorar até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

 Início de pagamento ou alteração no valor da Bolsa de Estágio no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_ **(Citar por extenso)**, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

 Alteração, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, da carga horária de estágio para \_\_\_\_\_\_ horas diárias sendo realizada da seguinte forma: **(informar dias e horário do estágio na semana)**.

 Alteração, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do orientador de estágio, tendo como novo responsável o(a) Sr(a). **(Nome do Novo Orientador)**, formado em **(informar a área de formação),** que ocupa o cargo de **(informar o cargo)**.

 Alteração, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do Plano Individual de Estágio. Segue anexo, 03 vias do Novo Plano Individual.

 Alteração, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do Seguro Contra Acidentes Pessoais, **Apólice n° \_\_\_\_\_\_\_** da **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da Companhia de Seguros).**

 Outros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ficam mantidas todas as demais Cláusulas e condições do Termo de Compromisso, podendo ser alteradas, mediante celebração de novo Termo Aditivo.

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

Concedente

Estagiário

**FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

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

*N°. Funcional 31270380*

*Presidente da Comissão de Estágios,*

*Por delegação da Comissão de Graduação da*

*FCF/USP*