
**TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO/INTERNATO OPTATIVO DE ESTUDANTES
DE OUTRAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR**

1. DADOS DO(A) ESTUDANTE

NOME COMPLETO:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG OU EQUIVALENTE):
E-MAIL:
TELEFONE PARA CONTATO (COM DDD):

2. DADOS DO ESTÁGIO/INTERNATO OPTATIVO

ÁREA/SETOR DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:
NOME DO PRECEPTOR(A)/SUPERVISOR(A):
UNIDADE DE SAÚDE ONDE OCORRERÁ O ESTÁGIO:
CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ HORAS
PERÍODO DE REALIZAÇÃO: DE ____/____/____ ATÉ ____/____/____
PROGRAMA CREDENCIADO PELA CNRM - COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA **(PREENCHIDO PELA UFFS)**:
() NÃO
() SIM - NÚMERO DO PARECER: _____

3. DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM

NOME DA INSTITUIÇÃO:
NOME DO ORIENTADOR(A):
CIDADE/ESTADO:
CURSO:
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO: () PÚBLICA () PRIVADA

4. PLANO DE ATIVIDADES

*O CAMPO ACIMA DEVE SER PREENCHIDO CONFORME PLANO DE ESTÁGIO APROVADO PELA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM.

5. REGULAMENTAÇÃO E COMPROMISSOS

O(A) ESTUDANTE DECLARA ESTAR CIENTE DE QUE:

A) DEVERÁ RESPEITAR INTEGRALMENTE OS REGULAMENTOS INTERNOS DA UFFS E DAS UNIDADES DE SAÚDE ONDE REALIZARÁ O ESTÁGIO, BEM COMO AS DIRETRIZES DA COMISSÃO DE ESTÁGIOS DA UFFS.

B) DEVERÁ CUMPRIR O CALENDÁRIO E A CARGA HORÁRIA ESTABELECIDOS NO PLANO DE ATIVIDADES.

C) É DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE POSSUIR E MANTER ATIVO UM SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS DURANTE TODO O PERÍODO DO ESTÁGIO.

D) ESTE TERMO DE COMPROMISSO NÃO GERA VÍNCULO EMPREGATÍCIO ENTRE O(A) ESTUDANTE E A UFFS OU A UNIDADE DE SAÚDE ENVOLVIDA, TAMPOUCO IMPLICA EM QUALQUER RESPONSABILIDADE FINANCEIRA POR PARTE DA UFFS.

E) ESTE TERMO PODERÁ SER RESCINDIDO A QUALQUER TEMPO, POR QUALQUER DAS PARTES, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 10 (DEZ) DIAS.

F) O INÍCIO DAS ATIVIDADES ESTÁ CONDICIONADO À ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA E À APROVAÇÃO DA PROPOSTA DE ESTÁGIO PELA UFFS.

6. DOCUMENTOS ANEXOS OBRIGATÓRIOS

- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO

- CARTA DE ACEITE DO(A) SUPERVISOR(A), QUE PODE SER SUBSTITUÍDO POR UM E-MAIL OU MENSAGEM DE WHATSAPP, DESDE QUE FIQUE CLARO:

- A IDENTIFICAÇÃO DO(A) SUPERVISOR(A) (NOME COMPLETO E FUNÇÃO);
- O ACEITE EXPLÍCITO DA SUPERVISÃO DO ESTÁGIO, MENCIONANDO O NOME DO(A) ESTUDANTE, ÁREA/SETOR E PERÍODO DO ESTÁGIO.

- COMPROVANTE DE MATRÍCULA DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

- HISTÓRICO ESCOLAR

- APÓLICE DE SEGURO (DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM OU PARTICULAR - VÁLIDA PARA O PERÍODO DO ESTÁGIO)

- TERMO DE COMPROMISSO (PREENCHIDO E ASSINADO PELO ESTUDANTE E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM)

7. DECLARAÇÃO E ASSINATURAS

AS PARTES ABAIXO ASSINADAS DECLARAM TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS ACIMA DESCRITOS.

ESTUDANTE

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM

Assinatura e carimbo: _____ Data: ____/____/____

UFFS – CAMPUS PASSO FUNDO

Assinatura e carimbo: _____ Data: ____/____/____

SUPERVISOR(A) NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura e carimbo: _____ Data: ____/____/____

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

Este Termo de Compromisso será considerado válido somente se estiver completo, contendo:

- A descrição das atividades a serem desenvolvidas. (Esse item deve ser preenchido pelo responsável no local do estágio. Sugerimos que o(a) estudante converse com o(a) professor(a) ou com colegas que já estagiaram no serviço);
- Todas as assinaturas legíveis e devidamente posicionadas;
- As datas corretas de início e término do estágio;
- Formato legível, com boa visualização (sem cortes ou digitalizações inadequada);
- Assinatura digital por meio da plataforma gov.br ou assinatura manual acompanhada de carimbo do(a) responsável.