

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL N.º DA CONCEIÇÃO S.A. (Mato) CNPJ 02.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 505 - F. (1) 3397 2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91330-200
 HOSPITAL CRISTO REDENTOR CNPJ 02.787.118/0004-72 - Rua Águas Galvões, 881 - F. (1) 3397 2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91330-250
 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A. CNPJ 02.787.118/0001-01 - Rua Domingos Rubens, 30 - F. (1) 3397 4108 - Porto Alegre - RS - CEP 91040-020
 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A. CNPJ 02.787.118/0002-00 - Rua Mostardem, 17 - F. (1) 3314 5200 - Porto Alegre - RS - CEP 95430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/99

Matrícula do aluno no curso

Curso do aluno

Endereço da Instituição de Ensino

Representante legal da IE

Razão Social da Instituição de Ensino

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO CURRICULAR

CNPJ da Instituição de Ensino

CPF do aluno

Endereço do aluno

Nome completo do aluno

Documento de identidade do aluno

Estado

Cidade de residência do aluno

Hospital que realizará o estágio.
Ex: Hospital Nossa Senhora da Conceição
Hospital Cristo Redentor

Data de início e término do estágio

Eu, abaixo assinado(a), inscrito(a) no CNPJ nº _____, com sede no endereço _____, neste ato representado pelo Sr. (Sra.) _____, o(a) aluno(a) _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) no endereço _____, na Cidade de _____, UF _____, doravante denominado(a) **ESTAGIÁRIO(A)** de outro lado o **HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.** e suas filiais, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 92.787.118/0001-20, sito à Av. Francisco Trein, 505, na cidade de Porto Alegre, RS, a seguir denominado **HOSPITAL CONCEDENTE**, neste ato representado pelo Gerente de Ensino e Pesquisa Geraldo Pereira Jotz, firmam o presente estágio pelas seguintes cláusulas:

PRIMEIRA - O HOSPITAL CONCEDENTE concederá ao(à) ESTAGIÁRIO(A), um estágio de complementação educacional, na modalidade de **curricular obrigatório**, nos termos do que dispõe a Lei N.º 11.788/2008, que será realizado no Hospital _____ Serviço de _____ com carga horária semanal de _____ (_____) horas, no período de _____ a _____.

§ 1º - O prazo de vigência do presente TERMO DE COMPROMISSO poderá atingir, no máximo, 02 (dois) anos.

§ 2º As atividades que serão desenvolvidas pelo(a) ESTAGIÁRIO(A), bem como o nome do(a) professor(a) orientador(a), responsável pelo acompanhamento e avaliação do(a) ESTAGIÁRIO(A), estarão inseridos no plano de atividades dos estágios, que é parte integrante desse termo.

Serviço que realizará o estágio.
Ex: Pediatria, Nutrição, UBS Conceição.

Carga horária de estágio.
Por extenso.

Carga horária de estágio.
Em numerais.

SEGUNDA - São obrigações da INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

- Celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante legal;
- Indicar as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;
- Avaliar as instituições da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;
- Indicar professor orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
- Exibir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das