



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS  
Campus FORMIGA

Setor de Extensão, Inovação, Pesquisa e Pós-Graduação (SEIPPG) (estagio.formiga@ifmg.edu.br)

## SOLICITAÇÃO DE TERMO ADITIVO DE ESTÁGIO

(Preenchimento deve ser digitado)

MARCAR MODALIDADE: ☐ OBRIGATÓRIO ☐ NÃO OBRIGATÓRIO  
MARCAR TIPO DE ESTÁGIO: ☐ Presencial ☐ Remoto (à distância) ☐ Ambos

**Para Estágio NÃO OBRIGATÓRIO:**

- Juntamente com o Cadastro deve ser anexada A DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA OU DECLARAÇÃO DE INTEGRALIZAÇÃO (se estiver no último período regular do curso). Solicitar na Secretaria Acadêmica e;

- **Importante:** Em todo o Estágio Não Obrigatório a Concedente é responsável por fazer o Seguro Contra Acidentes Pessoais para o aluno.

**DADOS PESSOAIS**

NOME DO ALUNO: \_\_\_\_\_ Matr.: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_  
Ano ou Período que está cursando: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_  
Tipo de Estágio (Só Para Estágio Do Curso De Matemática) ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órg.Emissor: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ D. N: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Representante Legal (Aluno Menor): \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial (Rua/Av., Número ): \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Início Do Curso: Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Formatura: Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

**PREENCHA SOMENTE AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS QUE JUSTIFICAM O TERMO ADITIVO**

( ) Rescisão: Último dia de estágio foi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
( ) Prorrogação: Até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Valor da Bolsa Auxílio \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Outros Auxílios (discrimine-os) \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Cobertura do Seguro contra acidentes pessoais (entregar cópia da apólice):  
Seguradora: \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº da apólice \_\_\_\_\_  
( ) Professor Orientador: \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Supervisor(a) do Estágio: \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
E-mail do supervisor: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**( ) Alteração do Plano de Atividades:**

**Descrição das atividades a serem desenvolvidas no período ADITADO** (elencar por tópicos as atividades. acrescentar quantas linhas for preciso):

1-
2-
3-
4-
5-
6-

**( ) Representante Legal da Concedente:**

Representante legal da Concedente: _____	
Data Nasc.: _____	CPF: _____ RG: _____ Órg.Emissor _____
Estado Civil: _____	Nacionalidade: _____
Endereço do representante: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____ Cep.: _____
Fone para contato: ( ) _____ E-mail: _____	

**Outras Alterações** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_