



TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO		
NOME: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS, <i>CAMPUS</i> _____		
ENDEREÇO:		BAIRRO:
CIDADE:	ESTADO: MINAS GERAIS	CEP: -
CNPJ:	TELEFONE: () -	
REPRESENTANTE:		FUNÇÃO:
PROF. ORIENTADOR:		TELEFONE: () -
E-MAIL PROF. ORIENTADOR:		
CONCEDENTE (ÓRGÃO OU EMPRESA)		
RAZÃO SOCIAL / PROFISSIONAL LIBERAL / PRODUTOR RURAL:		
NOME FANTASIA:		CNPJ:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		
REGISTRO PROFISSIONAL (PROFISSIONAL LIBERAL):		TELEFONE: () -
ENDEREÇO:		BAIRRO:
CIDADE:	ESTADO:	CEP: -
REPRESENTANTE:		CARGO:
SUPERVISOR:		
E-MAIL DO SUPERVISOR:		
"O representante legal pelo CONCEDENTE, qualificado no preâmbulo deste documento, declara estar legalmente habilitado para assinar Termos de Compromisso de Estágio".		
ESTAGIÁRIO		
NOME COMPLETO:		NÚMERO REGISTRO ACADÊMICO:
ENDEREÇO:		BAIRRO:
CIDADE:	ESTADO:	CEP: -
DATA NASCIMENTO: ____/____/____	TELEFONE: () -	E-MAIL:
CURSO:	PERÍODO/ANO:	NÍVEL:
POSSUI NECESSIDADES ESPECÍFICAS: S () N ()		
NOME DO REPRESENTANTE OU ASSISTENTE LEGAL DO ESTAGIÁRIO:		

Pelo presente instrumento, a Instituição de Ensino, o concedente e o estagiário acima qualificados, firmam o presente Termo Aditivo, alterando assim o Termo de Compromisso de Estágio com vigência de ____/____/____ a ____/____/____, passando a reger com as seguintes alterações:

OBS.: DAS OPÇÕES ABAIXO, MARCAR E PREENCHER APENAS AS ALTERAÇÕES QUE SE APLICAM A ESTE ADITIVO.

() ALTERAÇÃO DA VIGÊNCIA

O Estágio terá prorrogação do prazo de vigência originalmente previsto, passando a vigorar até ____/____/____. Durante esse período em que o estágio será prorrogado, as atividades em estágio a serem cumpridas pelo ESTAGIÁRIO serão desenvolvidas, respeitandodas as exigências da Lei nº. 11.788/2008.

() ALTERAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR

O Professor _____ passa a ser o responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do ESTAGIÁRIO a partir da data __/__/__.

() ALTERAÇÃO DA CARGA HORÁRIA

O ESTAGIÁRIO passará a cumprir uma jornada máxima de ____ horas diárias e no máximo ____ horas semanais, respeitando a legislação pertinente, a partir da data ____/____/____.

() ALTERAÇÃO DO SUPERVISOR

O funcionário _____, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do ESTAGIÁRIO, passará a orientar e supervisionar o ESTAGIÁRIO, a partir da data __/__/____.

() ALTERAÇÃO DO SEGURO

O seguro contra acidentes pessoais passará a vigorar a partir da data ____/____/____, com os seguintes dados: nome da seguradora: _____, número da apólice: _____.

() ALTERAÇÃO DO VALOR DA BOLSA

A bolsa paga ao ESTAGIÁRIO passará ser paga no valor de R\$_____, a partir da data ____/____/_____.

() ALTERAÇÃO DO VALE TRANSPORTE

O valor do vale transporte pago ao ESTAGIÁRIO passará a ser pago no valor de R\$ _____, a partir da data ____/____/____.

() ALTERAÇÃO DOS OUTROS BENEFÍCIOS

A partir da data ____/____/____, o ESTAGIÁRIO passará a receber os seguintes benefícios:

() ALTERAÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES

Descrição das atividades a serem desenvolvidas no período ADITADO:

--

E, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento.

Este formulário só terá validade mediante assinatura eletrônica do ESTAGIÁRIO, do REPRESENTANTE ou ASSISTENTE LEGAL DO ESTAGIÁRIO NO CASO DE ALUNO MENOR, do REPRESENTANTE DO CONCEDENTE, do REPRESENTANTE DO CAMPUS DO IFMG, do PROFESSOR ORIENTADOR e do SUPERVISOR DO CONCEDENTE.

MG, de de 20 .

ESTAGIÁRIO(A)
NOME COMPLETO



REPRESENTANTE OU ASSISTENTE LEGAL DO ESTAGIÁRIO

NOME DO CONCEDENTE
NOME DO REPRESENTANTE

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DE MINAS GERAIS - *CAMPUS*
NOME DO REPRESENTANTE

PROFESSOR ORIENTADOR
NOME COMPLETO

SUPERVISOR DO CONCEDENTE
NOME COMPLETO