



## TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

A **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**, autarquia estadual de regime especial, regida por seu Estatuto aprovado pela Resolução nº 3.461, de 07 de outubro de 1988, e pelo Regimento Geral aprovado pela Resolução nº 3.745, de 19 de outubro de 1990, com sede em São Paulo (Capital), inscrita no CNPJ sob nº 63.025.530/0001-04, no interesse da **Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia**, neste ato representada por seu(sua) Diretor(a), Prof(a) Dr(a) **José Antonio Visintin** por delegação de competência do(a) Pró-Reitor(a), nos termos da Portaria GR nº 6.580 de 21/10/2014, art. 1º, Parágrafo único, e da Resolução CoG nº 7039 de 05/02/2015, Artigo 1º, doravante designada **CONCEDENTE**, e o **ESTAGIÁRIO** **(nome completo do estagiário)**, estudante, residente à **(endereço completo do estagiário)**, na cidade de **(cidade)**, Estado de **(estado)**, portador da cédula de identidade RG nº/série **(RG do aluno)**, CPF nº **(CPF do aluno)**, aluno do Curso de **(curso)**, matrícula nº **(matrícula)**, e como **INTERVENIENTE** a Instituição de Ensino **(Nome da Instituição de Ensino)**, estabelecida à **(Endereço completo da Instituição de Ensino)**, inscrita no CNPJ sob nº **(CNPJ da Instituição de Ensino)**, neste ato representada por **(Representante legal da Instituição de Ensino)**, celebram o presente TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO que se vincula ao convênio para realização de estágio firmado entre a CONCEDENTE e a INSTITUIÇÃO DE ENSINO em **\_\_/\_\_/20\_\_** **(verificar a data do convênio na lista de Instituições Conveniadas – Alunos Externos no site: <http://graduacao.fmvz.usp.br/instituicoes-conveniadas/>)**, nos termos da Lei nº 11.788/08 e da Resolução da USP nº 5.528/09, conforme as condições a seguir:

1. O estágio será realizado no período de **(data de início)** a **(data de término)**, que poderá ser eventualmente prorrogado ou modificado por documento complementar.

1.1. Na hipótese de rescisão por qualquer das partes, esta deve ser formalizada por escrito com 5 (cinco) dias de antecedência.

1.2. O ESTAGIÁRIO não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com a CONCEDENTE em razão deste Termo de Compromisso.

2. No período de estágio, o estagiário cumprirá, em média, **(horas)** horas **(diárias ou por semana)**. O horário de estágio será combinado de acordo com as conveniências mútuas, ressalvadas as horas de aulas, de provas e de outros trabalhos didáticos e as limitações dos meios



de transportes.

3. A CONCEDENTE designa o Sr. **PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ALINE ADRIANA BOLZAN**, que ocupa o cargo de **RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA - VCI**, para ser o SUPERVISOR INTERNO do Estágio que será por ele programado.

4. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio contida no plano de atividades, parte integrante deste termo de compromisso, salvo impossibilidade da qual a CONCEDENTE será previamente informada.

5. Quando, em razão da programação do estágio, o aluno tiver despesas extras, a CONCEDENTE providenciará o seu pronto reembolso.

6. O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir as normas e os regulamentos internos da CONCEDENTE. No caso de inobservância destas normas, o ESTAGIÁRIO responderá por perdas e danos, bem como poderá ser rescindido o compromisso.

7. O ESTAGIÁRIO está segurado contra acidentes pelo Fundo de Acidentes Pessoais da Universidade de São Paulo, disciplinado pela Portaria GR nº 5.721/2012.

8. O ESTAGIÁRIO deverá informar de imediato e por escrito à CONCEDENTE qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula na instituição de Ensino INTERVENIENTE, ficando ele responsável por quaisquer despesas causadas pela ausência dessa informação.

9. A Instituição de Ensino INTERVENIENTE supervisionará o estágio de conformidade com os seus regulamentos internos, ficando o ESTAGIÁRIO sujeito a essa regulamentação.

9.1. Como supervisor, a INSTITUIÇÃO DE ENSINO INTERVENIENTE indica o(a) Prof<sup>o</sup>(a) Dr<sup>a</sup>(a) **(nome do docente orientador do estágio da instituição de ensino)**.



E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em 3 (três) vias, na presença de duas testemunhas para todos os fins e efeitos de direito.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

**CONCEDENTE**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

INSTITUIÇÃO DE ENSINO INTERVENIENTE

**(Nome da Instituição de Ensino)**

---

ESTAGIÁRIO

**(Nome do estagiário)**

Testemunhas:

---

  

---



### PLANO DE ATIVIDADES

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**Concedente:** Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia – USP

**CNPJ:** 63.025.530/0001-04

**Endereço:** Av. Prof. Dr. Orlando Marques de Paiva, nº 87 – Cidade Universitária

**Cidade:** São Paulo **CEP:** 05508-270 **UF:** SP

**Representante Legal:** Prof. Dr. José Antonio Visintin **Cargo:** Diretor

**Local do estágio / Departamento / setor:** SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA - VCI

**Supervisor do Estágio:** **PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ALINE ADRIANA BOLZAN**

**Estagiário:** \_\_\_\_\_ **Data de Nasc.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_ **Nº Matrícula:** \_\_\_\_\_

**Vigência:** De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Descrição das Atividades:** Acompanhamento das atividades da rotina do Serviço de Oftalmologia, incluindo procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, sob supervisão do docente responsável.

---

DOCENTE ORIENTADOR  
Docente orientador da instituição de  
ensino

---

SUPERVISOR DO ESTÁGIO  
(**ALINE ADRIANA BOLZAN**)