



## TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

**Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia – FMVZ (Nome do Setor/Departamento)**, CNPJ nº 63.025.530/0019-33, com sede na Av. Prof. Dr. Orlando Marques de Paiva, nº 87 Cidade Universitária São Paulo representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada CONCEDENTE, e o ESTAGIÁRIO **(nome 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 Medicina Veterinária, matrícula nº **(Nº USP do aluno)**, e como INTERVENIENTE a Instituição de Ensino 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 (o) Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, neste ato representada por seu(sua) Diretor(a), Prof(a) Dr(a) José Soares Ferreira Neto, 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, celebram o presente TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO, nos termos da Lei nº 11.788/08, da Lei 9.394/96 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 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, 08 horas diárias ou 40 horas semanais. 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. \_\_\_\_\_, que ocupa o cargo de \_\_\_\_\_, para ser o SUPERVISOR INTERNO do Estágio que será por ele



programado.

4. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio, 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 orientador, a INSTITUIÇÃO DE ENSINO INTERVENIENTE indica o(a) Prof<sup>o(a)</sup> Dr<sup>(a)</sup> ***(nome do docente da FMVZ USP orientador do estágio)***.



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 202\_\_

São Paulo, █ de █ de 202█

---

INSTITUIÇÃO DE ENSINO  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

---

CONCEDENTE  
**(Nome do Setor/Departamento - FMVZ)**

São Paulo, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

São Paulo, █ de █ de 202█

---

DOCENTE ORIENTADOR  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
***Docente orientador da FMVZ USP***

---

ESTAGIÁRIO  
***(Nome do estagiário)***

Testemunhas:

---

---



## PLANO DE ATIVIDADES

**Instituição de Ensino:** 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 Soares Ferreira Neto

**Cargo:** Diretor

**Departamento/Local do Estágio:** \_\_\_\_\_

**Chefe do Departamento:** \_\_\_\_\_

**Supervisor do Estágio:** \_\_\_\_\_

**Estagiário:** \_\_\_\_\_

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_

**Nº USP:** \_\_\_\_\_

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

a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Descrição das Atividades:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**DOCENTE ORIENTADOR FMVZ-USP**  
**Docente orientador da FMVZ - USP**

\_\_\_\_\_  
**SUPERVISOR DO ESTÁGIO**  
**(Nome do supervisor)**