

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO
(Determinações legais estabelecidas na lei 11.788/08)

Pelo presente instrumento particular de compromisso de estágio, de um lado, (nome da Unidade Concedente) Hospital Veterinario da Pompeia LTDA,

com sede na Rua Av. Pompeia

Nº 633, Complemento _____, Bairro Pompeia

Cidade/UF São Paulo, CEP 05023-000, inscrita junto ao

CNPJ/MF 39.609.873/0001-31, neste ato representado por seu representante legal,

Sr(a). Paulo Henrique Fagundes Neves Filho

e-mail pfagundes@wevets.com.br, inscrito(a) junto ao CPF 078.099.366-70

portador(a) do R.G. _____, doravante denominada **Unidade Concedente**, e

do outro lado, o(a) Sr(a) Artur Saito Trovões

inscrito(a) junto ao CPF 34738262866, portador(a) do RG 563653061, residente no

Endereço Av. Santa Inês

Nº 1129, Apto 81, Complemento _____, Bairro Mandaqui

Cidade/UF São Paulo, CEP 02415001, Telefone 11 971147666

e-mail artur.trovoes@outlook.com, estudante do Curso de

Farmácia Bioquímica, com registro acadêmico RA 4021053

doravante denominado(a) **Estagiário(a)**, comparecendo neste ato como interveniente necessária o Grupo Educacional Oswaldo Cruz, doravante denominada **Instituição de Ensino**, neste ato representada pelo respectivo Diretor da Unidade, observado o Acordo de Cooperação estabelecido entre as partes, formalizam entre si as condições de compromisso de estágio supervisionado, nos termos da Lei n.º 11.788, de 26 de setembro de 2008, como segue:

CLÁUSULA 1ª – O Termo de Compromisso de Estágio, decorrente do Acordo de Cooperação supracitado, tem como objetivo instrumentalizar especialmente a relação jurídica entre o(a) **Estagiário(a)** e a **Unidade Concedente**, nas condições a seguir mencionadas:

- I- A duração do estágio não poderá ser superior a 02 (dois) anos;
- II- Proporcionar ao(à) estudante jornada de estágio compatível com o que preconiza o Art. 10 da Lei 11.788/2008;
- III- Nos períodos de avaliação a carga horária estabelecida para o desenvolvimento do estágio deverá ser reduzida pelo menos à metade, a fim de garantir o bom desempenho do(a) estudante;
- IV- Na vigência do estágio, assegurar ao(à) estudante seguro de acidentes pessoais, conforme preconiza o inciso IV do Art. 9º da Lei supracitada;



- V- Assegurar ao(a) estudante, no caso de o estágio tiver duração igual ou superior a 01 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado, preferencialmente, durante suas férias escolares;
- VI- O recesso a que se refere o inciso V supra deverá ser remunerado quando o(a) **Estagiário(a)** receber Bolsa de Complementação Educacional, ou outra forma de contraprestação;
- VII- Nos casos de o estágio ter duração inferior a 01 (um) ano, os dias de recesso serão concedidos de maneira proporcional.

CLÁUSULA 2ª. As atividades do(a) **Estagiário(a)** serão desenvolvidas na(s) área(s) de Farmacia/ Estoque, de acordo com as estabelecidas pela **Unidade Concedente** no Plano de Estágio respeitada a finalidade acadêmica do estágio.

§1º. As atividades de estágio se desenvolverão no período de 13 /03 /2023 à 13 /03 /2024, sendo facultada às partes a continuidade das mesmas durante o período de recesso escolar, com ou sem alteração de horário.

§2º. A jornada de atividades do(a) **Estagiário(a)** será de 30 horas semanais, distribuídas de acordo com a necessidade do desenvolvimento dessas práticas profissionais, observados os períodos destinados às avaliações escolares, conforme preconiza a legislação.

CLÁUSULA 3ª. As atividades de estágio não geram, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a **Unidade Concedente**. Contudo, deverá realizar, para fins meramente informativos, o registro da existência do Termo de Estágio na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) do(a) **Estagiário(a)**, no campo referente a informações.

§ Único - O descumprimento de qualquer uma das cláusulas do contrato ou de qualquer obrigação contida neste Termo de Compromisso de Estágio caracterizará vínculo de emprego do(a) **Estagiário(a)** com a **Unidade Concedente** para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

CLÁUSULA 4ª. No caso de **Estagiário(a)** que tenha vínculo empregatício com a **Unidade Concedente**, o estágio será desenvolvido em horário compatível com a jornada de trabalho normal, mas as horas destinadas à realização dessas atividades curriculares não serão computadas pela mesma para fins de cálculo de jornada de trabalho.

CLÁUSULA 5ª – Compete à **Unidade Concedente** as seguintes obrigações:

- I- Estabelecer um Plano de Estágio compatível com o contexto do curso em que o(a) estudante estiver matriculado(a);



- II- Fornecer subsídios à Instituição de Ensino que possibilitem o acompanhamento dessas atividades de prática de ensino e a avaliação parcial e final do estágio;
- III- Fornecer ao(à) **Estagiário(a)** as normas que deverá seguir dentro da **Unidade Concedente**, bem como subsídios para que possa desenvolver as atividades previstas no seu Plano de Estágio;
- IV- Indicar um funcionário para exercer a função de Supervisor do Estágio, com formação ou experiência profissional na área do conhecimento relativa às atividades que serão desenvolvidas pelo(a) estudante;
- V- Encaminhar à **Instituição de Ensino** os relatórios parciais, a cada seis meses elaborados pelo Supervisor do Estágio, relativos à avaliação das atividades desenvolvidas pelo(a) **Estagiário(a)**, bem como o Relatório de Avaliação de seu desempenho acompanhado do Termo de Conclusão do Estágio ao término deste contrato.

§ Único – A **Unidade Concedente**, nos termos da legislação vigente, obriga-se a contratar seguro contra acidentes pessoais em favor do(a) **Estagiário(a)**, conforme Apólice Nº 49.1381.554001 _____ da (nome da Seguradora) Porto Seguro.

CLÁUSULA 6ª. O(A) **Estagiário(a)** assume neste ato o dever de cumprir com empenho as atividades previstas no Plano de Estágio e as normas da **Unidade Concedente**, notadamente as que dizem respeito à segurança e sigilo de informações técnicas e tecnológicas, bem como as que são preconizadas pela **Instituição de Ensino**.

§ Único – Caberá ao(à) **Estagiário(a)** entregar ao(à) Professor(a) Orientador(a) os relatórios referentes às atividades de prática profissional que serão desenvolvidas na **Unidade Concedente**, bem como o relatório final para os assentamentos acadêmicos cabíveis.

CLÁUSULA 7ª. O(a) **Estagiário(a)** receberá a importância de R\$ 600,00 + 250,00 Aux. Transporte + 250,00 Aux. Alimentação (X...) mensais ou por (.....) hora de atividade de estágio, a título de Bolsa de Complementação Educacional, cujo pagamento lhe será efetuado diretamente pela **Unidade Concedente** com base no total de horas de estágio realizadas.

§ Único – A importância referente à Bolsa de Complementação Educacional, por não haver natureza salarial, pois o estágio não acarretará vínculo empregatício, não estará sujeita a qualquer desconto trabalhista, previdenciário ou mesmo de FGTS, exceção feita ao desconto correspondente à retenção de Imposto de Renda na fonte, quando for o caso.

CLÁUSULA 8ª. O presente Termo de Compromisso de Estágio poderá ser prorrogado ou alterado no todo ou em parte, desde que haja comunicação prévia de 15 (quinze) dias, e por escrito, entre as partes, com anuência da **Instituição de Ensino**, devendo constar como aditivo contratual que ficará anexado ao presente.



CLÁUSULA 9ª. O presente Termo de Compromisso de Estágio poderá ser rescindido a qualquer tempo, independentemente de justa causa, mediante notificação prévia de, no mínimo, 05 (cinco) dias, tanto pela **Unidade Concedente** ou pela **Instituição de Ensino** quanto pelo(a) **Estagiário(a)**.

§ Único: São motivos para imediata rescisão da vigência do presente Termo, independentemente de prévia notificação preconizada no *caput* deste artigo, se ocorrer:

- I- Conclusão do curso;
- II- Abandono ou cancelamento de matrícula no curso;
- III- Trancamento de matrícula;
- IV- Transferência para outra Instituição de Ensino;
- V- Descumprimento de regras contidas neste Termo ou dele decorrentes;
- VI- Qualquer ato ilícito cometido por uma das partes no tocante ao desenvolvimento das atividades de estágio;
- VII- Infringência de preceitos éticos ou regimentais da **Unidade Concedente**;
- VIII- Descumprimento de tarefas que lhe forem atribuídas ou de qualquer cláusula deste Termo;
- IX- Desempenho insatisfatório do(a) **Estagiário(a)**, mediante apresentação de parecer emitido pelo Supervisor de Estágio e/ou Professor Orientador.

CLÁUSULA 10. As Partes se comprometem a tratar somente os dados pessoais necessários do(a) **Estagiário(a)** para execução do presente Compromisso, sendo que o tratamento dos dados pessoais será realizado conforme a legislação aplicável e, desde já, as Partes garantem que assegurarão que medidas técnicas e organizacionais de segurança sejam utilizadas para proteger os dados pessoais do(a) **Estagiário(a)** contra tratamento ilícito e desautorizado e contra vazamentos acidentais, destruição ou prejuízo.

CLÁUSULA 11. A **Unidade Concedente** e a **Instituição de Ensino**, em comum acordo, submetem-se ao cumprimento dos deveres e obrigações referentes à proteção de dados pessoais e se obrigam a tratar os dados pessoais coletados no âmbito deste Contrato de acordo com a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados"), no que couber e conforme aplicável.

CLÁUSULA 12. As partes elegem o Foro da Comarca de São Paulo para dirimir quaisquer questões que envolvam o presente Termo de Compromisso de Estágio, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente Termo na presença de duas testemunhas e com a interveniência da **Instituição de Ensino**.



PLANO DE ESTÁGIO		
Coordenador / Orientador (Instituição de Ensino)	Profa MARISA VIGA	
Supervisor de Estágio (Empresa)	Olivia Fernandes Leitão	
E-mail Supervisor (Empresa)	oferlandes@wevets.com.br	
Cargo do Supervisor (Empresa)	Médica Veterinária	Telefone 113164-0182
Dias e Horário do Estágio	Seg a sexta 14:00 as 19:00; sabado 10:00 as 15:00	
ATIVIDADES		
Inventario estoque central e satelite Reposição de estoque Controle entrada e saída Adm de medicamentos por pacientes		

§ Único: As mesmas poderão ser ampliadas ou alteradas de acordo com o desenvolvimento do estágio e do currículo, bem como do regulamento da **Empresa Concedente** e do Projeto Pedagógico do Curso.

São Paulo, 13 de Março de 2023 .



Unidade Concedente (Empresa)
 Nome: Paulo Henrique Fagundes
 RG: 124348624
 CPF: 078.099.366-70

Artur Saito Trovões
 Estagiário(a)

Instituição de Ensino
Faculdades Oswaldo Cruz

Testemunhas:



1ª **Unidade Concedente**
 Nome: Alexandra Felix
 RG: 33.383.304-1

2ª **Instituição de Ensino**
 Nome:
 RG:



2. Termo de Compromisso_Artur Saito Trovões.p df

Documento número 3e744e99-9e9e-4249-8672-ddc7f993d2a8



Assinaturas



Paulo Henrique Fagundes
Assinou

Pontos de autenticação:

Assinatura na tela

IP: 200.148.132.83

Dispositivo: Mozilla/5.0 (iPhone; CPU iPhone OS 15_5 like
Mac OS X) AppleWebKit/605.1.15 (KHTML, like Gecko)
Version/15.5 Mobile/15E148 Safari/604.1

Data e hora: 17 Março 2023, 11:19:03

E-mail: pfagundes@wevets.com.br

Telefone: + 5511988734065

Token: e154786c-****-****-****-9c6bc178f1e8

Assinatura de Paulo Henrique Fagundes



Alexsandra Felix
Assinou

Pontos de autenticação:

Assinatura na tela

IP: 172.225.83.35

Dispositivo: Mozilla/5.0 (iPhone; CPU iPhone OS 16_3_1 like
Mac OS X) AppleWebKit/605.1.15 (KHTML, like Gecko)
Version/16.3 Mobile/15E148 Safari/604.1

Data e hora: 16 Março 2023, 14:19:18

E-mail: afelix@wevets.com.br

Telefone: + 5511960500851

Token: 660fef94-****-****-****-11a18aac0619

Assinatura de Alexsandra Felix



Hash do documento original (SHA256):

ef0d3d351c396f78f581a07c7a2ab36288ff8feb46a32ea8aa994ca11576f

Verificador de Autenticidade:

<https://app.zapsign.com.br/verificar/autenticidade?doc=3e744e99-9e9e-4249-8672-ddc7f993d2a8>

Integridade do documento certificada digitalmente pela ZapSign (ICP-Brasil):

<https://zapsign.com.br/validacao-documento/>





Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

Al. Barão de Piracicaba, 618 - 3º andar - Campos Eliseos São Paulo
CEP 01216-010 CNPJ 61.198.164/0001-60
Regulamentada pelo Decreto Lei 20.138 de 06/12/1945 05896

ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - PLUS
APÓLICE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
E/OU ACIDENTES PESSOAIS

APÓLICE Nº 49.1381.554001

PROPOSTA Nº 7 - 35091826

FOLHA 1 de 3

VIGÊNCIA DO SEGURO: A PARTIR DAS 24 HORAS DO DIA 01/03/2023 ATÉ ÀS 24 HORAS DO DIA 01/03/2024.

AS GARANTIAS DESTA APÓLICE FORAM CONTRATADAS COM BASE NAS CONDIÇÕES GERAIS VIGENTES EM 01/03/2023.

PROCESSO SUSEP Nº 15414.902183/2014-19.

PSCGAPPlusAnual032019

DADOS DO SEGURADO

NOME ARTUR SAITO TROVOES

DATA NASCIMENTO 05/06/2001

CPF/CNPJ 347.382.628-66

RG 563653061

DATA EXPEDIÇÃO 03/03/2020

ORGÃO EXPEDIDOR SSP

CEP 02415-001

ENDEREÇO AV SANTA INES, 1129 APTO 81

BAIRRO PARQUE MANDAQUI

CIDADE SAO PAULO

ESTADO SP

DADOS DO DESTINATÁRIO

ARTUR SAITO TROVOES
AV SANTA INES, 1129
APTO 81 PARQUE MANDAQUI
SAO PAULO SP
02415-001
CORREIO SP
58396J SALESCOR BRASIL CORRETORA DE SEGUROS



03051230004601

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR LÍDER: SALESCOR BRASIL CORRETORA DE SEGUROS

TELEFONE: 11 38726887

E-MAIL: SALESMAN@SALESMAN.COM.BR

SUSEP PORTO: 58396J

SUSEP OFICIAL: 202073337

UNIDADE OPERACIONAL: 100 PORTO VIDA

PROPOSTA Nº: 7-35091826

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME

PARENTESCO:

CPF:

%:

IVETE AYUMI SAITO TROVÕES

Mãe

147.477.558-61

100.00

DADOS DO SEGURO

RAMO GARANTIAS

CAPITAIS SEGURADOS PRÊMIOS

1381 Morte Acidental

R\$

30.000,00

R\$

31,25

1381 Invalidez Permanente Total ou

R\$

30.000,00

R\$

12,50

Parcial por Acidente até(***)

CARÊNCIAS E FRANQUIAS

DEMONSTRATIVO DE CUSTOS

PRÊMIO LÍQUIDO

ADICIONAL FRACIONAMENTO

I.O.F.

CUSTO ASSISTÊNCIAS

VALOR TOTAL

R\$ 41,56

R\$ 0,00

R\$ 0,17

R\$ 0,00

R\$ 41,73

OBSERVAÇÕES

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

(***)De acordo com a Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial constante nas Condições Gerais

OBSERVAÇÕES

Condição Especial/Particular de Cobertura de Morte (para eventos vinculados direta ou indiretamente ao Covid-19):

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado relativo à morte por doença do Segurado aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação, desde que o evento tenha ocorrido após o decurso do período de carência de 90 (noventa) dias, contados da data do início de vigência da apólice ou da data do início de vigência do endosso, no caso de aumento de capital.

FORMA DE PAGAMENTO						
QTDE.	PARC.	FORMA DE PAGAMENTO	PARCELA	DATA VENCIMENTO	I.O.F.	VALOR DAS PARCELAS
1		A VISTA NA CIA	1	01/03/2023	R\$ 0,17	R\$ 41,73

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

49 554001

08/03/2023

1

Via

CONDIÇÕES GERAIS

As condições gerais, contendo mais informações sobre as coberturas contratadas estão disponíveis em nosso site www.portoseguro.com.br/vida.

Escolha entre as opções: Seguro de Vida ou Acidentes Pessoais

Clique em Condições Gerais;

Selecione as condições gerais de acordo com o número do Processo SUSEP localizado na parte superior desta apólice.

Os Capitais Segurados e Prêmios deste Seguro serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), conforme descrito no item 'Atualização Monetária' das Condições Gerais.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante de apólice, proposta, bilhete, certificado ou no título de capitalização. Telefone SUSEP: 0800 021 8484

"Conforme Decreto Lei 6.339 de 03/01/2008, sobre os prêmios dos seguros de vida deve incidir o percentual de 0,38% referente a alíquota de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras)."

Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

Telefone SUSEP: 0800 021 8484

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle

Plataforma digital para registros de reclamação dos consumidores: www.consumidor.gov.br. Consulte regras e condições da plataforma.

PARA VALIDADE DO PRESENTE CONTRATO, A SEGURADORA, REPRESENTADA POR SEU DIRETOR PRESIDENTE, ASSINA ESTA APÓLICE.

LOCAL

SAO PAULO -

DATA

08/03/2023

Jose Rivaldo Leite da Silva

Jose Rivaldo Leite da Silva
CEO - Vertical Seguros

Carlos Eduardo Gordin

Carlos Eduardo Gordin
Diretor - Vida e Previdência

Porto Seguro Vida e Previdência S/A - Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre B - 3º Andar - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-012 - CNPJ 61.198.164/0001-60. Central de Atendimento: (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800-727-9393 (demais localidades). SAC: 0800-727-2746. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30. Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800-727-8736. Ouvidoria: 0800-727-1184. Acesse nosso site: www.portoseguro.com.br/vida.

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 72676A6F4D4569446D31593D / Página 10 de 10



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 12/04/2023 10:52:57
Pontos de autenticação: email: nucleodeestagios@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216



Assinado eletronicamente por: Jane Giannini Bueno, Coordenadora Geral do Núcleo de Estagios, Data da Assinatura: 12/04/2023 14:18:47
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216