

TERMO ADITIVO

(Determinações legais estabelecidas na lei 11.788/08)

Em 13 /09 /2021, na cidade de São Paulo, doravante denominada Empresa Concedente ORGANIZAÇÃO FARMACEUTICA FORMULARIUM LTDA.

devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 55689939000105, situada no Endereço Av Pedroso de Moraes

nº 1021, Complemento _____, Bairro Pinheiros

Cidade/UF São Paulo-SP, CEP 05419001, representada por

Paula Molari Abdo

cargo Proprietária/RT, e-mail farmaceutica@formularium.com.br

e como Supervisor(a) Estagiário(a) Paula Molari Abdo

cargo Proprietária/RT, e-mail farmaceutica@formularium.com.br

em conjunto e, de outro lado o(a) Estagiário(a) Ana Beatriz de Petta Didonato

inscrito no RG nº 524300458, CPF nº 45905411816, data de nascimento 04 /12 /2000

residente no Endereço Rua Xiró

nº 260, Complemento Casa, Bairro Casa Verde

Cidade/UF São Paulo-SP, CEP 02517030, matriculado(a) no

7º semestre do curso de Farmácia, com matrícula RA

4020131 e, como Interviente, Instituto Educacional Oswaldo Quirino Ltda., devidamente

inscrita no CNPJ/ME sob o nº 60.704.418/0001-01, com endereço à Rua Brigadeiro Galvão, 540, CEP 01151-000, Barra Funda, São Paulo/SP; Instituto Paulista de Difusão Cultural Ltda., devidamente inscrita no

CNPJ/ME sob o nº 04.718.981/0001-68, com endereço à Rua Conselheiro Brotero, 475, CEP 01154-001, Barra

Funda/SP, São Paulo; Pró Técnica Paulista Ltda., devidamente inscrita no CNPJ/ME sob o nº

60.704.335/0001-12, com endereço à Rua Brigadeiro Galvão, 540, CEP 01151-000, Barra Funda/SP, São Paulo;

representada por seus representantes legais, doravante denominado Instituição de Ensino.

Ajustam entre si esse ADITIVO ao TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO:

(SIM) Prorrogação do estágio iniciado em 13 /09 /2021 até 13 /09 /2022, sendo prorrogado a partir de 14 /09 /2022 até 14 /09 /2023, podendo ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer uma das partes mediante comunicação por escrito.

(SIM) Alteração do valor de bolsa auxílio de R\$ 1200, para R\$ 1600

Handwritten signature



() Alteração do Supervisor de estágio de:

Nome Completo: _____

cargo: _____, telefone: _____

e-mail: _____

Para:

Nome Completo: _____

cargo: _____, telefone: _____

e-mail: _____

() Alteração da jornada de trabalho de estágio inicialmente estabelecido

De: _____ horas / semanais;

Para: _____ horas / semanais.

() Alteração do Local de estágio

De: _____

nº: _____, Complemento: _____, Bairro: _____

Cidade/UF: _____, CEP: _____; Fone: _____

Para: _____

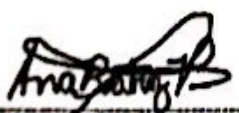
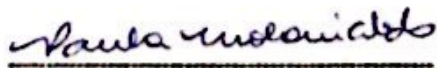
nº: _____, Complemento: _____, Bairro: _____

Cidade/UF: _____, CEP: _____; Fone: _____

() Outros: _____

Permanecem inalteradas as demais disposições do Termo de Compromisso de Estágio, do qual este aditivo passa a fazer parte.

E, por estarem de inteiro acordo com os termos deste aditivo do Termo de Compromisso de Estágio, as partes assinam as vias em igual teor.

 ESTAGIÁRIO(A)	 EMPRESA CONCEDENTE (Carimbo e assinatura) 55.689.939/0001-05 ORGANIZAÇÃO FARMACÊUTICA FORMULARIUM LTDA. - ME Rua Pedroso de Moraes, nº 182, Pinheiros - CEP 05419-001 SÃO PAULO SP INSTITUIÇÃO DE ENSINO - FACULDADES OSWALDO CRUZ (Carimbo e assinatura)
--	--



ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 664B67516D653368726D733D / Página 3 de 3



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 05/04/2023 10:44:24
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: 05/04/2023 14:29:03
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216