

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) Farmasiane Manipulação Ltda, com sede na Rua Avenida São Camilo, Nº 622, Complemento _____, Bairro Chácara São João, Cidade/UF Carapicuíba/SP, CEP 06345290, inscrita junto ao CNPJ/MF 04023775000133, neste ato representado por seu representante legal, Sr(a). Viviane Lopes Peixoto Fernandes, e-mail farmasiane@gmail.com, inscrito(a) junto ao CPF 08897974805, portador(a) do R.G. 19185677, doravante denominada **Unidade Concedente**, e do outro lado, o(a) Sr(a) Matheus Jorgino Crespo, inscrito(a) junto ao CPF 48230683867, portador(a) do RG 394789477, residente no Endereço Rua Damasco, Nº 482, Apto _____, Complemento Casa, Bairro Jardim Semiramis, Cidade/UF Cotia/SP, CEP 06709340, Telefone 11991649502, e-mail matheusjresco@gmail.com, estudante do Curso de Farmácia, com registro acadêmico RA 4019121, 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(à) 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 Farmácia de manipulação, 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 22 /08 /2023 à 18 /12 /2023, 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 13019 da (nome da Seguradora) Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.

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\$ 00 (00) mensais ou por (00) 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)	Marisa		
Supervisor de Estágio (Empresa)	Angélica Cristina Magalhães Paulo		
E-mail Supervisor (Empresa)	farmasiane@gmail.com		
Cargo do Supervisor (Empresa)	Responsável técnico	Telefone	11988107284
Dias e Horário do Estágio	Do dia 21/08/2023 a 18/12/2023. Das 08:00h até as 14:00h.		
ATIVIDADES			
Controle de qualidade, validade, planilhas, POPs, EPIs, cápsulas, documentações, peso médio, pesagem, encapsulação, controle de qualidade interno, rotulação, assistência farmacêutica e atenção farmacêutica.			

§ 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, 21 de agosto de 2023.

Farmasiane

Unidade Concedente (Empresa)

Nome: Angélica Cristina Magalhães

RG: 4164787224

CPF: 35031475862

Matheus Jorgino Crespo

Estagiário(a)

Matheus Jorgino Crespo

Instituição de Ensino
Faculdades Oswaldo Cruz

Testemunhas:

1ª *Caio Ricardo Fernandes*

Unidade Concedente

Nome: Caio Fernandes Peixoto

RG: 365139555

2ª

Instituição de Ensino

Nome:

RG:



Certificado Individual de Seguro

Apólice nº 13019 - Processo SUSEP 15414.003220/2010-81

EstipulanteClube PASI de Seguros
CNPJ: 38.727.707/0001-77**Seguradora**Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A
CNPJ: 02.102.498/0001-29**Corretor**GLOBAL OPSI ADMINISTRADORA E CORRETOR
SEGUROS
SUSEP: 202039405**Subestipulante**FARMASIANE MANIPULAÇÃO LTDA
CEI/CPF/CNPJ: 04.023.775/0001-33
Avenida São Camilo, 622 SALÃO 2 - Chácara São João - 06345290 - CARAPICUBA - SP**Dados do Seguro**

Segurado: MATHEUS JORGINO CRESPO		CPF: 482.306.838-67	Nascimento: 13/07/1999
Vigência: 30/08/2023 à 28/02/2024	Nº do Certificado / Convênio: 89819		Nº de Segurados no Convênio: 1
Proposta: 700000073119	Prêmio Bruto Total: R\$ 19,49	IOF: R\$ 0,07	Prêmio Líquido Total: R\$ 19,42
Pagamento: Boleto/Pix	Periodicidade: à vista	Fatura Mínima: R\$ 19,49	
Coberturas e Assistências Contratadas			Capitais Segurados
Morte Acidental			R\$ 20.000,00
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente			Até R\$ 20.000,00
Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (Até 30 diárias no valor de R\$ 33,00 cada. Franquia de 15 dias de afastamento)			Até R\$ 990,00
Assistência Funeral em caso de Morte por Acidente: Para acionar, ligue 4000-2300 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 401 9000 (demais localidades)			Até R\$ 3.000,00
Assistência Social, Psicológica, Nutricional e Fitness: Serviços destinados a orientar e dirimir situações cotidianas de ordem pessoal, familiar e profissional acerca de questões relacionadas aos temas abordados pelas assistências. O serviço é prestado por Psicólogos, Nutricionistas, Educadores Físicos e Assistentes Sociais, que trabalham de forma individualizada ou integrados. O atendimento é sigiloso e remoto, prestado através de uma linha exclusiva do Seguro PASI composta por profissionais altamente capacitados. A utilização destes serviços é ilimitada, extensiva aos dependentes do segurado e ao gestor.			
Assistência Desenvolvimento Profissional do Estagiário: Através de profissionais das áreas de Psicologia e RH, a assistência fornece apoio técnico, orientação e acompanhamento do estagiário no ambiente de trabalho, bem como apoio nas áreas emocionais, pessoais e profissionais para melhoria da performance do novo profissional. Avaliação dos traços da personalidade, identificando as qualidades, habilidades e aptidões do estagiário, auxiliando na elaboração do currículo. Limitado a 02 (dois) atendimentos por ano durante o período de vigência. Para utilizar as Assistências, basta entrar em contato com a Central de Amparo PASI através dos telefones (31) 3197-0980 ou 0800 777 8203 - Segunda a Sábado, das 8h às 21h. Clique aqui para mais sobre os serviços da Central de Amparo PASI.			

Beneficiários

O Segurado poderá livremente a qualquer tempo indicar ou alterar o(s) seu(s) beneficiário(s) mediante aviso escrito à Seguradora. Não havendo indicação de beneficiário(s), a indenização será paga de acordo com o que estabelece o Código Civil Brasileiro.

Disposições Gerais

- A cobertura referente a este certificado está condicionada à quitação do seguro até a data do vencimento.
- O Seguro Estagiários PASI prevê contratação por período determinado e é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução de prêmios em nenhuma situação, compreendendo, período de carência do segurado, perda de vínculo, ocorrência de sinistro antes do término de vigência ou desistência.
- Em caso de rescisão do contrato de estágio, o(a) estagiário(a) imediatamente perde o direito às coberturas e assistências contratadas sem que caiba o prêmio pago.
- Na ocasião do sinistro, ou quando o Clube PASI e Seguradora julgarem necessário, será solicitado uma cópia do contrato de estágio legalizado, assinado pelo Estagiário, Contratante e a Instituição de Ensino, a fim de verificar as informações fornecidas e garantir as condições pactuadas para o contrato de seguro. Caso identificado irregularidade no vínculo e/ou no contrato de estágio, o seguro será automaticamente cancelado e o segurado perderá o direito às coberturas contratadas.

O presente certificado substitui qualquer outro emitido anteriormente. 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. As [Condições Gerais](#) do Seguro estão disponíveis no site www.pasi.com.br através da Central PASI Atendimento. O seguro é garantido pela Seguradora Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. Produto registrado na SUSEP nº supracitado neste documento sob responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 0635-1, CNPJ 02.102.498/0001-29. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no site www.susep.gov.br ou pelo Atendimento Exclusivo ao Consumidor 0800 021 8484 (dias úteis das 9:30h às 17:00h). SUSEP Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, e resseguros.

CARAPICUBA/SP, 30/08/2023.

Data de Emissão

Breno Gomes
Presidente MetLife
Fabiana Resende
Presidente Clube PASI de Seguros

Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. CNPJ 02.102.498/0001-29 - Av. Engº Luis Carlos Berrini, 1253 - CEP 04571-010 - São Paulo/SP
www.metlife.com.br | OUVIDORIA: 0800 746 3420 (segunda a sexta-feira das 9h às 18h em todo o Brasil).

ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br//ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 535933794A6530724938553D / Página 7 de 7



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 06/09/2023 14:59:04
Pontos de autenticação: email: nucleodeestagios@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.224



Assinado eletronicamente por: Jane Giannini Bueno, Coordenadora Geral do Núcleo de Estagios, Data da Assinatura: 11/09/2023 12:30:59
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216