

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Estágio, entre UNIC DAY HOSPITAL MEDICINA E SAÚDE LTDA, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ sob N° 40.795.383/0001-56 estabelecida à AVENIDA AV ANDROMEDA, 900, GREEN VALLEY ALPHAVILLE Cidade BARUERI Estado SP, adiante designada CONCEDENTE, e o(a) Estagiário(a) AGATHA MIRALHA, estudante residente à Estrada DAS ACACIAS, 745, PARQUE ROSEIRA - na cidade de CARAPICUIBA, Estado de SP, portador da cédula de identidade RG n° 53424774X, CPF n° 508.236.018-38 aluno do Curso de ENFERMAGEM - SAÚDE, matrícula n° 13, e como INTERVENIENTE a Instituição de Ensino FACULDADES OSWALDO CRUZ, com endereço à RUA BRIGADEIRO GALVAO, S/N, BARRA FUNDA na cidade de SAO PAULO Estado de SP, CNPJ n° 60.704.418/0001-01, 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 26/04/2023 nos termos da Lei 6.494/77 e da Lei n° 9.394/96, conforme as condições a seguir:

1. O estágio terá duração de 06 meses a começar em 01/07/2023 terminando em 31/12/2023 que poderá ser eventualmente prorrogado ou modificado por documento complementar, desde que qualquer das partes peça rescisão, por escrito, com 05 (cinco) dias de antecedência. O estagiário não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com o CONCEDENTE em razão deste TERMO DE COMPROMISSO.
 2. No período de estágio, o estagiário cumprirá 30,00 horas 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. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio, salvo impossibilidade da qual a CONCEDENTE será previamente informada.
 4. O ESTAGIÁRIO receberá BOLSA DE COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL DE R\$ 1.000,00 (UM MIL REAIS), com pagamento mensal calculado sobre as horas de presença demonstradas em CARTÃO DE PONTO, ou outra forma de apreciação, a critério da CONCEDENTE.
 5. Quando, em razão da programação do estágio, o aluno tiver despesas extras, a CONCEDENTE providenciará o seu pronto reembolso.
 6. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir as normas e os regulamentos internos da CONCEDENTE, pela inobservância dessas normas, o ESTAGIÁRIO responderá por perdas e danos e a rescisão do compromisso.
 7. 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.
 8. A Instituição de Ensino INTERVENIENTE supervisionará o estágio de conformidade com os seus regulamentos internos, ficando o ESTAGIÁRIO sujeito a essa regulamentação.
- E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em 4 (quatro) vias, na presença de duas testemunhas para todos os fins e efeitos de direito.

40.795.383/0001-56

UNIC DAY HOSPITAL E SAÚDE LTDA

Av. Andrômeda, 900
Green Valley Alphaville
Cep: 06473-000 - BARUERI/SP

BARUERI, 01 de Julho de 2023.

UNIC DAY HOSPITAL MEDICINA E SAÚDE LTDA

Agatha Miralha
AGATHA MIRALHA

FACULDADES OSWALDO CRUZ

Testemunhas:

ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 7934455A674152593042303D / Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 09/08/2023 15:59:11
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: 10/08/2023 10:08:11
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216