

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) Brooklin Academy, com sede na Rua Avenida Paulista, Nº 1636, Complemento Conjunto 504, Bairro Consolação, Cidade/UF São Paulo, CEP 1310200, inscrita junto ao CNPJ/MF 39.892.648/0001-55, neste ato representado por seu representante legal, Sr(a). Marina Santos Morais, e-mail academybrooklin@gmail.com, inscrito(a) junto ao CPF 442.833.178-96, portador(a) do R.G. 53.430.78-00, doravante denominada **Unidade Concedente**, e do outro lado, o(a) Sr(a) Fernanda Nogueira Temporini, inscrito(a) junto ao CPF 524.511.598-04, portador(a) do RG 39.352.655-0, residente no Endereço Rua Lourdes Lopes Sanches, Nº 300, Apto 31, Complemento Bloco 15, Escada A, Bairro Parque Cecap, Cidade/UF Guarulhos - SP, CEP 07190-033, Telefone _____, e-mail fernandatemporini@hotmail.com, estudante do Curso de Enfermagem, com registro acadêmico RA 5022067, 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 Enfermagem, 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 15 /05 /2023 à 30 /06 /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 36.1381.677508 da (nome da Seguradora) Porto seguros.

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\$ RS1.500,00 (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 9º. 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)			
Supervisor de Estágio (Empresa)	Dra. Clara Santos		
E-mail Supervisor (Empresa)	Academybrooklin@gmail.com		
Cargo do Supervisor (Empresa)	Marina Santos Moraes	Telefone	(11) 94844-4804
Dias e Horário do Estágio	Seg - Sex (13h30-19h30)		
ATIVIDADES			
Atendimento do paciente; Procedimentos estéreis e não-estéreis; Checagem de sinais vitais;			

§ 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, de de 20



Unidade Concedente (Empresa)

Nome: Dra. Clara Santos

RG: 56.818.587-0

CPF: 247.831.964-00


Estagiário(a)

Instituição de Ensino
Faculdades Oswaldo Cruz

Testemunhas:



1ª

Unidade Concedente

Nome: Patrícia Carla Lizarelli Rizzo

RG: 28.432.877-7

2ª

Instituição de Ensino

Nome:

RG:





Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

Al. Barão de Piracicaba, 618 - Campos Eliseos São Paulo
CEP 01216-010 CNPJ 61.198.164/0001-60
Regulamentada pelo Decreto Lei 20.138 de 06/12/1945 05886

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

APÓLICE Nº 36.1381.677508

PROPOSTA Nº 7 - 36705339

FOLHA 1 de 3

VIGÊNCIA DO SEGURO: A PARTIR DAS 24 HORAS DO DIA 01/06/2023 ATÉ ÀS 24 HORAS DO DIA 01/06/2024.

PROCESSO SUSEP Nº 15414.902183/2014-19.

PSCGAPPlusAnual032019

DADOS DO SEGURADO

NOME FERNANDA NOGUEIRA TEMPORINI

DATA NASCIMENTO 13/01/2004

CPF/CNPJ 524.511.598-04

RG 383526550

DATA EXPEDIÇÃO 06/02/2022

ORGÃO EXPEDIDOR SSO

CEP 07190-033

ENDEREÇO R LOURDES LOPES SANCHES, 300

BAIRRO PARQUE CECAP

CIDADE GUARULHOS

ESTADO SP

DADOS DO DESTINATÁRIO

FERNANDA NOGUEIRA TEMPORINI
R LOURDES LOPES SANCHES, 300
PARQUE CECAP
GUARULHOS SP
07190-033
CORREIO SP
A5333J SEQUENCIA CORRET E ADM DE SEGS S/C LTDA



03052060263501

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR LÍDER: SEQUENCIA CORRET E ADM DE SEGS S/C LTDA

TELEFONE: 11 37734041

E-MAIL: SEQUENCIA@GLOBO.COM

SUSEP PORTO:A5333J

SUSEP OFICIAL: 202074501

UNIDADE OPERACIONAL:100 PORTO VIDA

PROPOSTA Nº: 7-36705339

DADOS DO BENEFICIÁRIO

DADOS DO SEGURO

RAMO	GARANTIAS	CAPITAIS	SEGURADOS	PRÊMIOS
1381	Morte Acidental	R\$	30.000,00	R\$ 28,30
1381	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente até(***)	R\$	30.000,00	R\$ 11,32
1329	Assistência Funeral - Titular	R\$	5.000,00	R\$ 18,31

CARÊNCIAS E FRANQUIAS

DEMONSTRATIVO DE CUSTOS

PRÊMIO LIQUIDO	ADICIONAL FRACIONAMENTO	I.O.F.	CUSTO ASSISTENCIAS	VALOR TOTAL
R\$ 55,04	R\$ 0,00	R\$ 0,22	R\$ 0,00	R\$ 55,26

OBSERVAÇÕES

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

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

Atendimento Assistência Funeral - 24 horas (11) 4196-8181 ou 0800 727 9393. Ligação Gratuita.

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	01/06/2023	R\$ 0,22	R\$ 55,26

36 677508

06/06/2023

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
06/06/2023

Jose Rivaldo Leite da Silva

Jose Rivaldo Leite da Silva
CEO - Vertical Seguros

Carlos Eduardo Gondim

Carlos Eduardo Gondim
Diretor - Vida e Previdência

Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais - Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre B - 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.

ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 694F364D4E346A3657464D3D / Página 9 de 9



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 15/06/2023 11:46:00
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: 15/06/2023 16:45:51
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216