

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) Reserva Animal Farmácia de Marip. Ltda com sede na Rua Av. Santa Inês

Nº 1020, Complemento —, Bairro Parque Mandaguari
Cidade/UF São Paulo / SP, CEP 02348-060 inscrita junto ao
CNPJ/MF 13.775.400/0001-10 neste ato representado por seu representante legal,
Sr(a). Rowena Gomes Romagnoli

e-mail reserva.gutae@gmail.com, inscrito(a) junto ao CPF 153.197-628-01
portador(a) do R.G. 19.940.415, doravante denominada **Unidade Concedente**, e

do outro lado, o(a) Sr(a) Caroline Schiavinato Stamer
inscrito(a) junto ao CPF 550 582 588-54 portador(a) do RG 3930777-9, residente no
Endereço Rua Theodorico Moraes Cunha

Nº 156, Apto —, Complemento —, Bairro Porto Florestal
Cidade/UF São Paulo, CEP 02377-160 Telefone (11) 963204949
e-mail carlinestamer@gmail.com, estudante do Curso de
Farmácia, com registro acadêmico RA 4020030

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 15586438, 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 01/04/2023 à 20/12/23, 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 des 13h às 17h 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 15586438 da (nome da Seguradora) CAPEMISA SEGUADORA

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\$ 2,40 / hora ~~(...)~~ mensal ou por (..X..) 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**.

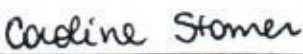


PLANO DE ESTÁGIO			
Coordenador / Orientador (Instituição de Ensino)	Marina Regina de Fátima		
Supervisor de Estágio (Empresa)	Carla Cristina Nunes de Freitas		
E-mail Supervisor (Empresa)	carla_conf@hotmail.com		
Cargo do Supervisor (Empresa)	Farmacêutica	Telefone	(11) 98820-4660.
Dias e Horário do Estágio	2º a 6º Férias / até 20 horas semanais / Quarta-feira		
ATIVIDADES			
Fase médio; conferência final; sob supervisão: encapsulação de medicamentos, manipulação de cápsulas, biscoitos, pompos e pastas.			

§ 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, 01 de *maio* de 20 *13*.


Unidade Concedente (Empresa)
 Nome: ZOWENA G. ROMAGNOLI
 RG: 19940415
 CPF: 153.177.628-01.


Estagiário(a)

Instituição de Ensino
Faculdades Oswaldo Cruz

Testemunhas:

1ª 
Unidade Concedente
 Nome: Carla Cristina N. Freitas
 RG: 48.088.895-9.

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



N.º do Bilhete/Apólice 15586438	Emissão 22/05/2023 - 18:54h	Corretor(a) GLOBAL OPSI ADMINISTRADORA	Sucursal RIO DE JANEIRO
------------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo CAROINE SCHIAVINATO STAMER				CPF 55058258854
Data Nascimento 07/08/2002		Nacionalidade BRASILEIRA		Profissão ESTAGIARIA E ESTUDANTE
Endereço (Rua/Av.) Avenida Santa Inês - de 701/702 a 1399/1400				N.º 1020
				Complemento Nenhum
Bairro Parque Mandaqui	Cidade São Paulo	UF SP	CEP 2415001	E-mail RESERVA.GESTAO@GMAIL.COM

DADOS DO SEGURO

Capital Segurado	Prêmio Líquido MA	IOF MA	Prêmio Líquido IPA	IOF IPA	Prêmio Bruto	Quantidade de N.º da Sorte
R\$ 20.000,00	33,63	0,13	25,94	0,10	R\$ 59,80	3
Garantias		Percentual do Capital Segurado			Período de Pagamento	
Morte Acidental (MA) / Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)		100% (MA) / Até 100% (IPA)			Único	
Limite de Idade	Início de Vigência¹		Fim de Vigência			
Mínimo 14 (quatorze) e máximo 80 (oitenta) anos.	A partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.		12 (doze) meses, contados a partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.			

¹Vigência de 12 (doze) meses, não há renovação.

N.º da Sorte	Acessório de Sorteio	Valor	²
05911 - 62634 - 86478	4 (quatro) sorteios mensais, nos últimos quatro sábados do mês.	R\$ 4.000,00²	Esse valor é bruto de impostos e está sujeito à tributação com base na legislação vigente à época da premiação.

CARÊNCIA Para todas as Garantias do Seguro de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto em caso de suicídio do Segurado ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso.

DADOS DE PAGAMENTO

Vencimento 26/05/2023	Forma de Pagamento ☐ débito em conta ☒ boleto bancário	Pagamento do Prêmio O pagamento do prêmio deverá ser realizado, sob risco de cancelamento do Bilhete, até a data de vencimento acima mencionada e designada para esse fim.
Banco	Agência	
Conta-corrente		

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos das Garantias Básicas desse Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro estar ciente e de acordo que: 1. As informações contidas neste Bilhete são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de quaisquer declarações inexatas ou omissões que possam influir na aceitação do Bilhete perderei o direito à Garantia (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). 2. Esse Seguro é por prazo de vigência determinado. 3. Tive prévio e expresso conhecimento dos termos das Condições Gerais do Seguro de Acidente Pessoal Individual e do Regulamento do Sorteio, disponíveis no site www.capemisa.com.br, os quais foram integralmente lidos e aceitos por mim.

DADOS DA CORRETOR(A)

Nome da Corretora de Seguros
GLOBAL OPSI ADMINISTRADORA E

CNPJ
20878128000160

Código SUSEP
202039405

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguro administrado pela CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A - CNPJ: 08.602.745/0001-32 - Reg. na SUSEP: 04251 - Ramo: 81 (Acidentes Pessoais) - n.º Processo SUSEP: 15414.900764/2013-35 - Central de Relacionamento (de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados): 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 723 3030 (Demais Localidades). SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor (7 dias por semana, 24 horas por dia): 0800 940 1130 / 0800 723 4030 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos e de fala). Ouvidoria (de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17h, ligação gratuita): 0800 707 4936. Título de Capitalização emitido pela CAPEMISA Capitalização S/A - CNPJ 14.056.028/0001-55 - Reg. SUSEP: 21491 - Processo SUSEP n.º 15414.901125/2018-00. O registro desse plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. As informações sobre o plano de Seguro ao qual se vincula o Bilhete contratado podem ser conferidas em <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/consulta-publica-de-produtos-1>.

Todos os dados informados neste documento serão utilizados única e exclusivamente para procedimentos preliminares da possível contratação. Para mais detalhes, consulte o Aviso de Privacidade no Portal CAPEMISA: <https://portaldeprivacidade.capemisa.com.br/>.

AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE

Autorizo, nos termos da legislação vigente, a inclusão e o compartilhamento de minhas informações de adimplemento e demais ocorrências relacionadas ao presente contrato para a formação e consulta de banco de dados com a finalidade de subsidiar a análise de riscos atuais e futuros e/ou subsidiar as regulações de sinistros.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.


Fabio Lessa
Diretor Comercial


Rafael Amaral
Diretor Técnico



ASSINATURA(S) ELETRÔNICA(S)



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
<https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>
informando o código CRC: 767A587865394D342F42733D / Página 9 de 9



Assinado eletronicamente por: Cassiano Augusto Castilho, Atendente, Data da Assinatura: 26/05/2023 12:52:39
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: 29/05/2023 10:28:30
Pontos de autenticação: email: jane.bueno@oswaldocruz.br; Senha de Acesso; IP: 177.8.168.216