

TERMO DE COMPROMISSO COLETIVO DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO

UNIDADE CONCEDENTE		
Razão Social: PMM – Secretaria Municipal De Saúde – SEMSA		
CNPJ: 04.461.836/0001-44	Segmento: Órgão Público Do Poder Executivo Municipal	Fone: 3236-8092/3632-2536
Endereço: Avenida Mário Ypiranga, 1695, Adrianópolis	CEP: 69057-002	Cidade/UF: Manaus/AM
Representante: Shádía Hussami Hauache Fraxe		Cargo/Função: Secretária Municipal
Setor Responsável: Núcleo de Estágios e Ações Integradas – NUEST / Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP		
E-mail: esap.estagio@manaus.am.gov.br		Fone: 92 9 8842-8383

INSTITUIÇÃO DE ENSINO		
Nome:		Tipo:
Fone:	E-mail:	
Endereço:		
Bairro:	CEP:	Cidade/UF: Manaus/AM
Representante:		Cargo/Função:

ALUNO	
Ficha Anexa	

DADOS DA ATIVIDADE		
Disciplina:		
Curso:	Carga Horária Total:	Carga Horária Diária:
Professor:		
Telefone:	E-mail:	
Período de Execução: ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____	Horário do Estágio: ____ às ____	

As partes supracitadas, nos termos da Lei Nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, por meio da Escola de Saúde Pública – ESAP/Manaus, FIRMAM o presente Termo mediante as cláusulas que se seguem.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Termo estabelece a relação entre Parte Concedente e Alunos, com a interveniência da Instituição de Ensino, para a realização de atividade de estágio curricular obrigatório específico para a obtenção de carga horária prática exigida pela Disciplina vinculada, com as atividades desenvolvidas em atenção às diretrizes curriculares da etapa e conforme Plano de Atividades constante neste Termo, sem a caracterização de vínculo empregatício.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA PARTE CONCEDENTE

Neste ato de adesão, a Unidade Concedente assume as seguintes obrigações:

- Zelar pelo íntegro cumprimento deste Termo de Compromisso;
- Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
- Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente, observada a capacidade instalada do cenário de práticas;
- Entregar, por ocasião do desligamento do estagiário, termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;
- Manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- Enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Neste ato de adesão, a Instituição de Ensino assume as seguintes obrigações:

- a) Indicar as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;
- b) Avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;
- c) Indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
- d) Exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;
- e) Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;
- f) Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;
- g) Contratar Seguro Contra Acidentes Pessoais para aluno em estágio curricular obrigatório;
- h) Providenciar o Equipamento de Proteção Individual (EPI) do aluno e sua identificação, por meio de crachá;
- i) Zelar pela observância do aluno quanto à disciplina, segurança do trabalho e ética profissional;
- j) Adotar providências pertinentes em caso de acidentes envolvendo aluno em atividades práticas curriculares obrigatórias.

CLÁUSULA QUARTA: DO ALUNO

Neste ato de adesão, o Aluno assume as seguintes obrigações:

- a) Exercer com zelo e dedicação suas respectivas atividades, cumprindo as normas e procedimentos institucionais relativos ao cenário de prática;
- b) Atender com presteza e urbanidade os usuários do SUS e servidores da SEMSA;
- c) Zelar pelo bom uso, pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- d) Abster-se de usar para fins distintos da atividade curricular obrigatória os espaços e equipamentos institucionais;
- e) Levar ao conhecimento dos gestores competentes as dúvidas quanto às atividades desenvolvidas e irregularidades de que tiver ciência;
- f) Manter sigilo sobre as informações técnicas relativas ao atendimento dos usuários;
- g) Abster-se de receber valores ou vantagens de qualquer espécie em razão do desenvolvimento do estágio;
- h) Responder por danos no uso indevido dos bens patrimoniais existentes no local do estágio, respeitados direitos constitucionais do contraditório e da ampla defesa.

CLÁUSULA QUINTA: DA VIGÊNCIA

O presente Termo vigorará pelo período vinculado à Disciplina, podendo ser rescindido a qualquer momento, durante sua vigência, conforme disposto na Cláusula Sexta (Da Rescisão).

CLÁUSULA SEXTA: DA RESCISÃO

São motivos para a rescisão imediata deste Termo:

- a) Unilateralmente, mediante manifestação devidamente formalizada;
- b) A prática comprovada de conduta danosa, não estando o aluno isento de arcar com as perdas e danos decorrentes;
- c) O não cumprimento das cláusulas contratuais, normas e instruções convencionadas neste Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA SUSPENSÃO

São motivos para a suspensão da atividade prática de que trata este Termo de Compromisso:

- a) Unilateralmente, mediante manifestação devidamente formalizada;
- b) Na ocorrência de quaisquer fatos imprevisíveis que impossibilitem os cenários de prática de receber os alunos, priorizando o resguardo das equipes profissionais para o trabalho direcionado exclusivamente ao atendimento dos usuários do serviço público de saúde;

O setor responsável pela concessão do cenário de prática fará a comunicação da suspensão, de efeito imediato, bem como do retorno das atividades e procedimentos necessários.

CLÁUSULA OITAVA: DA DECLARAÇÃO DO SEGURO

Por meio deste Termo a Instituição de Ensino declara a contratação de seguro contra acidentes pessoais para o(s) aluno(s) que ingressarão nas atividades práticas desta solicitação, sob o número de apólice _____, por meio da seguradora _____, a cobrir o período de vigência deste Termo.

CLÁUSULA NONA: DAS ALTERAÇÕES

As eventuais alterações do presente Termo de Compromisso serão realizadas por meio de termo aditivo acordado entre os partícipes.

CLÁUSULA DÉCIMA: DO PLANO DE ATIVIDADES

N. Fls.	Rubrica



As atividades práticas serão desenvolvidas pelo estagiário, com a supervisão de profissional designado em serviço segundo o plantão/expediente da Unidade de Saúde, conforme a descrição a seguir.

[illegible]

E por estarem devidamente cientes das condições aqui estipuladas, bem como as disposições legais vigentes sobre o assunto, firmam a UNIDADE CONCEDENTE e os ALUNOS, com interveniência da INSTITUIÇÃO DE ENSINO, o presente Termo, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que este produza seus devidos efeitos legais.

Manaus, de de .

Instituição de Ensino
(Carimbo da Instituição com identificação do
Representante)

Coordenador de Estágio ou
Docente responsável pela disciplina/atividade
(assinatura e carimbo do profissional)

(assinado digitalmente)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES
Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP
(Portaria 402/2018 – ESAP/SEMSA)

N. Fls.	Rubrica
---------	---------



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALUNOS

Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALUNOS

Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	
Identificação do Aluno	
Nome:	CPF:
Curso/Semestre:	Matrícula:
Endereço:	Telefone:
Assinatura do Aluno:	

Coordenador de Estágio ou
Docente responsável pela disciplina/atividade
(assinatura e carimbo do profissional)

Instituição de Ensino
(Carimbo da Instituição com identificação do Representante)

(Assinado Digitalmente)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES
Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP
(Portaria 402/2018 – ESAP/SEMSA)

N. Fls.	Rubrica
---------	---------