

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: Nagib Salem José Neto  | Cargo/Função: Secretário 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:

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

- 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;
- Avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;
- Indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
- Exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;
- Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;
- Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;
- Contratar Seguro Contra Acidentes Pessoais para aluno em estágio curricular obrigatório;
- Providenciar o Equipamento de Proteção Individual (EPI) do aluno e sua identificação, por meio de crachá;
- Zelar pela observância do aluno quanto à disciplina, segurança do trabalho e ética profissional;
- 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:

- Exercer com zelo e dedicação suas respectivas atividades, cumprindo as normas e procedimentos institucionais relativos ao cenário de prática;
- Atender com presteza e urbanidade os usuários do SUS e servidores da SEMSA;
- Zelar pelo bom uso, pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- Abster-se de usar para fins distintos da atividade curricular obrigatória os espaços e equipamentos institucionais;
- Levar ao conhecimento dos gestores competentes as dúvidas quanto às atividades desenvolvidas e irregularidades de que tiver ciência;
- Manter sigilo sobre as informações técnicas relativas ao atendimento dos usuários;
- Abster-se de receber valores ou vantagens de qualquer espécie em razão do desenvolvimento do estágio;
- 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:

- Unilateralmente, mediante manifestação devidamente formalizada;
- A prática comprovada de conduta danosa, não estando o aluno isento de arcar com as perdas e danos decorrentes;
- 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:

- Unilateralmente, mediante manifestação devidamente formalizada;
- 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 |
|---------|---------|
|---------|---------|





## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALUNOS

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |



## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALUNOS

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| Nome:                         | CPF:       |
| Curso/Semestre:               | Matrícula: |
| Endereço:                     | Telefone:  |
| Assinatura do Aluno:          |            |
| <b>Identificação do Aluno</b> |            |
| 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 |
|---------|---------|