**TERMO DE ENCERRAMENTO DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO E RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

**CURSO DE AGRONOMIA/Campus Sede**

*(estudantes curso de agronomia da UFSM em estágio em unidades da UFSM ou fora)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** | | | | |
| Razão Social: Universidade Federal de Santa Maria | | | | Campus: *[completar]* |
| CNPJ: 95.591.764/0001-05 | | | | |
| Endereço: *[completar]* | | | | |
| Bairro: *[completar]* | | | | |
| Cidade: *[completar]* | | | Estado: (RS) | CEP: *[completar]* |
| **Representada neste instrumento pelo(a) orientador(a) de estágio** | | | | |
| Professor(a): *[completar com nome do(a) orientador(a)]* | | | | |
| Lotação: *[completar com Departamento e Unidade de Ensino]* | | | | Siape: *[completar]* |
| Telefone: *[completar]* | | | Email: *[completar]* | |
| **PARTE CONCEDENTE** | | | | |
| Razão Social: *[completar]* | | | | |
| CNPJ: *[completar]* | | | | |
| Endereço: *[completar]* | | | | |
| Bairro: *[completar]* | | | | |
| Cidade: *[completar]* | | Estado: *[completar]* | | CEP: *[completar]* |
| Telefone: *[completar]* | | Email: *[completar]* | | |
| **Representada neste instrumento pelo(a) sr(a)** [o(a) representante da parte concedente poderá ser supervisor(a)/preceptor(a) se devidamente habilitado(a)] | | | | |
| Nome: *[completar com nome do(a) profissional]* | | | | |
| Cargo do(a) representante: *[completar]* | | | | CPF: *[completar]* |
| **Supervisor(a)/preceptor(a) de estágio** | | | | |
| Nome: *[completar com nome do(a) profissional]* | | | | |
| Cargo: *[completar]* | | | | |
| Nº Registro Profissional/Conselho de Classe (se houver): *[completar]* | | | | |
| Formação e/ou experiência na área desenvolvida na relação de estágio: *[completar]* | | | | |
| Telefone: *[completar]* | | Email: *[completar]* | | |
| **ESTAGIÁRIO(A)** | | | | |
| Nome: *[completar]* | | | | |
| CPF: *[completar]* | | | | |
| Curso: *[completar]* | | Matrícula: *[completar]* | | Turno do Curso: *[completar]* |
| Endereço: *[completar]* | | | | |
| Bairro: *[completar]* | | | | |
| Cidade: *[completar]* | Estado: *[completar]* | | | CEP: *[completar]* |
| Telefone: *[completar]* | Email: *[completar]* | | | |
| **Nº CONVÊNIO (UFSM e Parte Concedente) E DATA DE VIGÊNCIA (se houver):** *[completar]* | | | | |

|  |
| --- |
| **ATIVIDADES EFETIVAMENTE DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO** |
| **Data de início das atividades: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_**  **Data do término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_**  **Número total de semanas: \_\_\_\_\_\_**  **Carga horária semanal: \_\_\_\_ horas**  **Carga horária total: \_\_\_\_ horas** |
| **(Indicar/listar/descrever sucintamente as atividades desenvolvidas)**  **Não ultrapassar 3 páginas** |

E assim, justos(as) e acordados(as), assinam este instrumento.

*Município, dia* de *mês* de *ano*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudante *(completar com nome)*

Estagiário(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Completar com nome e cargo do (a) representante da parte concedente/ EMPRESA)*

Supervisor de estágio - Parte Concedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof(a) *(completar com nome)*

Orientador(a) de Estágio

Representante da UFSM

*(Não é necessário assinar neste espaço se o processo for eletrônico, pois as assinaturas serão feitas direto no sistema PEN)*