

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**TERMO DE ADITAMENTO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO**

|  |
| --- |
| **PROCESSO DE ESTÁGIO Nº (NUP) [se houver]:** |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |
| Razão Social: Universidade Federal de Santa Maria | Campus: Camobi |
| CNPJ: 95.591.764/0001-05 |
| **Representada neste instrumento pelo(a) orientador(a) de estágio** |
| Professor(a): |
| Lotação: | Siape: |
| Telefone: | Email: |
| **PARTE CONCEDENTE** |
| Razão Social: |
| CNPJ:  |
| Telefone: | Email: |
| **ESTAGIÁRIO(A)** |
| Nome: |
| CPF: |
| Curso: | Matrícula: | Turno do Curso: |
| Telefone: | Email: |

Nos termos da Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008, as partes acima identificadas firmam este Termo Aditivo, a ser incorporado ao respectivo Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório/Não Obrigatório.

**CLÁUSULA PRIMEIRA -** Este Termo Aditivo altera o Termo de Compromisso de Estágio na(s) condição(ões) assinaladas seguir:

( ) Prorroga o Termo de Compromisso de Estágio por \_\_\_\_dias, a contar de \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, passando a atividade de estágio a ter previsão de término em \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_, considerando o já comprovado cumprimento das atividades anteriores, com base no(s) relatório(s) apresentado(s)*;*

( ) Altera as atividades de estágio conforme o plano que segue:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

( ) Suspende o estágio pelo período de \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, com data de retomada das atividades previstas a contar de \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, e desenvolvimento até a vigência final prevista no Termo de Compromisso de Estágio;

( ) Altera a carga horária do estágio de \_\_\_\_\_\_ horas semanais para \_\_\_\_\_\_ horas semanais, observada a compatibilidade com as demais atividades acadêmicas do(a) estagiário(a);

( ) Altera o(a) professor(a) orientador(a) de estágio para:

|  |
| --- |
| **Professor(a) Orientador(a) de Estágio** |
| Professor(a): |
| Lotação: |
| Telefone: | Email: |

( ) Altera o(a) Supervisor(a)/Preceptor(a) de Estágio da Parte Concedente para:

|  |
| --- |
| **Supervisor(a)/Preceptor(a) de estágio** |
| Nome: |
| Cargo: |
| Nº Registro Profissional/Conselho de Classe (se houver): |
| Formação ou experiência na área desenvolvida na relação de estágio: |
| Telefone: | Email: |

**CLÁUSULA SEGUNDA -** Permanecem inalteradas e revalidadas as demais disposições do Termo de Compromisso de Estágio que não tenham sido expressamente alteradas por este Termo Aditivo.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Estudante Estagiário(a)

Representante da Parte Concedente

Prof(a) Orientador(a) de Estágio