**ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO INTERNO OBRIGATÓRIO**

**HOSPITAL ODONTOLÓGICO (HO)**

**Instituição de ensino, doravante denominada Concedente**

|  |
| --- |
| **Nome: Universidade Federal de Uberlândia** |
| Natureza jurídica: Fundação pública criada pelo Decreto-lei nº 762 de 14.05.1969, alterado pela Lei nº 6.592, de 24 de maio de 1978, inscrita no CNPJ sob o nº 25.648.387/0001-18. |
| Endereço: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica – Bairro Santa Mônica – 38400-902 - Uberlândia - MG |
| Legislação em que se apoia este instrumento: Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 e Resolução Nº 24, de 25 de outubro de 2012, do Conselho de Graduação/UFU. |

**Estagiário(a)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | **Data de Nascimento:** | | |
| **RG:** | **CPF:** | **E-mail:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | | **Telefone:** (99)99999-9999 | |
| **Curso:** | | | **Matrícula nº:** | | | **Período**    **ou Ano** |

|  |
| --- |
| **Local/Setor do estágio no HO:** |

**MARCAR E PREENCHER APENAS OS ITENS QUE SERÃO ALTERADOS.**

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – Fica compromissada entre as partes, a mudança quanto:

à **PRORROGAÇÃO** do estágio, iniciando-se em       e encerrando-se em      .

à **CARGA HORÁRIA** do estágio, passando de    horas semanais para    horas semanais, a partir ou no período de       a      .

à **SUPERVISÃO** de estágio, passando para       a partir de      .

Outros (especificar)      .

**CLÁUSULA SEGUNDA** – Houve suspensão do estágio no período de       a      , por recomendação das autoridades sanitárias, de modo a prevenir à propagação da COVID-19 e dos procedimentos necessários à sua prevenção.

**CLÁUSULA TERCEIRA** – Ficam mantidas as demais disposições que não foram expressamente modificadas pelo presente aditivo.

**CLÁUSULA QUARTA** – **Em caso do estágio ser realizado de modo presencial e em atenção à Resolução Nº 8/2020, do Conselho de Graduação da Universidade Federal de Uberlândia, de 08 de agosto de 2020, Art. 3º, §4º, o Local/Setor do estágio no HC declara que se compromete a garantir ao(à) estagiário(a) acima relacionado(a), no exercício de suas atividades de estágio, as condições de segurança sanitária necessárias, observando as normativas locais de desenvolvimento do estágio, conforme os protocolos sanitários estabelecidos pelas autoridades da área da saúde.**

E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes assinam em 01 (uma) via digital (PDF) ou 03 (três) vias impressas (estagiário/a, local do estágio/coordenação do curso e Setor de Estágio).

     , 4 de maio de 2022

(Local e data)

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Supervisor(a) de Estágio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estagiário(a)** ou responsável, se  menor de idade |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Coordenador(a) de Estágio  ou Coordenador(a) do Curso | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Diretor do Hospital Odontológico  (Não protocolar/encaminhar sem esta assinatura) |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Setor de Estágio/DIREN/PROGRAD/UFU  Representante Legal | |