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

**UFU CONCEDENTE – HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFU**

**Instituição de origem e interveniente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | | |
| Endereço: | | Bairro: |
| Cidade: | CEP: | Estado: |
| Telefone: | Endereço eletrônico: | |
| Representante legal ou seu procurador: | | |
| Cargo: | RG: | CPF: |

**Estagiário(a)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | Data de Nascimento: |
| RG: | CPF: | | E-mail: | |
| Endereço: | | | | Telefone: |
| Curso: | | N.º de Matrícula: | | Período       ou Ano |

**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 24/2012, do Conselho de Graduação da UFU. |

**SETOR/LOCAL DO ESTÁGIO:**

**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 SEMANAL** do estágio, passando de       para       horas, no período de       a      .

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 Setor/Local do estágio 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 inteiro e comum acordo com as condições estabelecidas nas cláusulas supra relacionadas, as partes assinam o presente aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma.

(Cidade), 17 de setembro de 2020

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Supervisor de Estágio**  **ou Representante Legal da Concedente** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estagiário(a), ou responsável**  **pelo menor de idade** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Setor de Estágio**  **Representante Legal DIREN/PROGRAD** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Diretor Acadêmico**  **do Hospital de Clínicas/UFU**  **(não encaminhar sem esta assinatura)** |