**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

**UFU CONCEDENTE – HOSPITAL DE CLÍNICAS (HC)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CONCEDENTE DO ESTÁGIO** | |
| **Razão Social:** Universidade Federal de Uberlândia | |
| **Representante:** Profª Drª Kárem Cristina de Sousa Ribeiro | **Cargo:** Pró-reitora de Graduação |
| **Natureza jurídica:** Fundação pública criada pelo Decreto-lei nº 762 de 14 de maio de 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 – CEP: 38400-902 – Uberlândia-MG | |
| **Legislação vigente em que se apoia este instrumento:**   * Lei Nº 11.788/2008 - Lei Federal de Estágio * Resolução Nº 24/2012, do Conselho de Graduação - Normas Gerais de Estágio de Graduação da UFU * Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados ou “LGPD” * Instrução Normativa nº 213/2019, do Ministério da Economia - aceitação de estagiários no âmbito da Administração Pública federal * E demais legislações pertinentes | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. ESTAGIÁRIO(A)** | |
| **Nome Completo:** | **CPF:** |
| **Instituição de Ensino de Origem:** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. DADOS DO ESTÁGIO** | | | |
| **1.Período de vigência do estágio:** | | **Data de início:** | **Data de término:** |
| **2.Período referente ao relatório:** | **Data de início:** | | **Data de término:** |
| **3.Nome do(a) Professor(a) Orientador(a):** | | | |
| **4.Nome do(a) Supervisor(a) de Estágio:** | | | |
| **5.Local do Estágio:** (Por extenso/sigla) | | | |

|  |
| --- |
| **4. INTRODUÇÃO (Neste campo, o estagiário descreve o local, objetivos e forma de operacionalização do estágio, periodicidade, etc.)** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. DESENVOLVIMENTO (Descrição de todas as atividades, de forma objetiva, desenvolvidas pelo estagiário. Importante lembrar que essas atividades precisam estar alinhadas aos objetivos do Plano de Atividades de Estágio)** |
|  |

|  |
| --- |
| **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS (Reflexão sobre o desenvolvimento do estágio e sua importância para agregar à sua área de formação)** |
|  |

As partes acima identificadas celebram o presente Relatório de Atividades de Estágio UFU Concedente HC, de acordo com a Legislação vigente.

Fica eleito o Foro da Comarca de Uberlândia para dirimir qualquer questão que se originar deste Relatório e que não possa ser resolvido amigavelmente.

E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes assinam em 01 (uma) via digital (PDF) ou 04 (quatro) vias impressas (estagiário/a, supervisor/a, instituição de ensino de origem e Setor de Estágio).

(Cidade)-UF, 6 de outubro de 2022

(local, data)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Supervisor(a) de Estágio | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ESTAGIÁRIO(A)**  ou responsável, se menor de idade |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM**  Professor(a) Orientador(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  Gerência de Ensino e Pesquisa  do Hospital de Clínicas | |