**TERMO DE RESCISÃO DE COMPROMISSO**

**Estágio Interno Obrigatório – Hospital Odontológico**

Pelo presente instrumento, a Universidade Federal de Uberlândia e o(a) estagiário(a) (Nome Completo), inscrito no CPF sob nº      , matriculado no Curso de      , sob matrícula nº      ,com fundamento no Termo de Compromisso firmado, rescindem em comum acordo entre as partes em      , o que foi avençado, tendo o estágio sido realizado no(a) (Informar Local No HO).

Neste ato, dá-se mútua e total quitação sobre quaisquer ônus que possam ou venham a existir sobre o que foi acordado no Termo de Compromisso, para nada mais reclamarem a qualquer tempo e qualquer título, judicial ou extrajudicial.

     , 21 de fevereiro 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 | |