

## APÊNDICE I

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ESTUDANTE

Eu, (NOME DO ESTUDANTE), RA nº \_\_\_\_\_, matriculado no curso de \_\_\_\_\_ do *Campus* \_\_\_\_\_, declaro ser maior de 18 anos, não pertencer a grupo de risco e ser de meu interesse cumprir as atividades de estágio [ ] obrigatório / [ ] não obrigatório, de forma presencial, à partir da solicitação da concedente, estando ciente de que:

1. a UFSCar, tendo em vista seu compromisso e zelo com toda sua comunidade interna e externa, **NÃO RECOMENDA** que estágios sejam realizados presencialmente, em razão da situação de risco de contágio decorrente da COVID-19;
2. o acompanhamento acadêmico das atividades de estágio, preferencialmente, deve ser realizado de forma remota por professor orientador da UFSCar, ressalvadas as especificidades de cada curso, relativas à necessidade de acompanhamento presencial dos discentes nos campos de estágio, e de acordo com as recomendações das autoridades e demais normativas da UFSCar;
3. as apólices de seguro para estágio têm cobertura para acidentes pessoais, invalidez permanente e morte acidental durante a realização das atividades, não havendo cobertura direta para a COVID-19;
4. a competência pela responsabilidade pela implantação e controle das medidas que garantam a saúde e segurança do estagiário é de exclusividade da Concedente;
5. em caso de não cumprimento de alguma das medidas acordadas ou da imposição de restrições sanitárias pelas autoridades locais de onde o estágio está sendo realizado, as atividades devem ser imediatamente suspensas, e o professor orientador da UFSCar deve ser comunicado por e-mail, com cópia para a Coordenação de Curso; e,
6. a tramitação de todos os documentos deverá ser feita de forma remota.

Declaro que li e concordo com todos os termos da Resolução CoG nº 341, de 08 de dezembro de 2020.

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### TERMO DE DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DA SALUBRIDADE NO AMBIENTE DE ESTÁGIO

A(O) (NOME DA ENTIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO), por meio de seu/sua responsável legal o(a) senhor(a) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declara formalmente que:

1. o plano de atividades previsto no TCE não pode ser realizado exclusivamente de maneira remota;
2. atende e adota todas as normas, diretrizes, protocolos de biossegurança e medidas de prevenção e combate individuais, coletivas e de orientações gerais aplicadas aos empregados/estagiários, em relação à pandemia da Covid-19, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e pelos órgãos sanitários das esferas federal, estadual e municipal, estando atualmente autorizado a funcionar com atividades presenciais;
3. o ambiente/local onde o discente realizará seu estágio presencial, que consta no Termo de Compromisso de Estágio, atende todas as medidas coletivas, individuais e orientações gerais de proteção e prevenção à COVID-19, assim como as determinações emitidas pelas autoridades de saúde, quanto aos cuidados para redução de riscos de exposição ao coronavírus.
4. que está ciente e concorda com o inteiro teor da Resolução CoG nº 341, de 08 de dezembro de 2020.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pela Concedente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do supervisor de estágio da Concedente

## APÊNDICE III

### Termo Aditivo

#### Termo de Adequação do Plano de Atividades de estágio em regime *home office* para estágio presencial

---

**UNIDADE CONCEDENTE**

Razão Social:

CNPJ:

Ramo de Atividade:

Endereço:

CEP:

Cidade/ Estado:

Telefone:

E-mail:

Representada por:

Cargo:

Supervisor de estágio:

Cargo:

---

**ESTAGIÁRIO (A)**

Nome:

RA:

Curso:

Campus:

RG:

CPF:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

---

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Razão Social: Universidade Federal de São Carlos

CNPJ: 45.358.058/0001-40      Inscrição Estadual: Isento

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235

São Carlos / SP

CEP: 13565-905

Telefone:

E-mail:

Representada por:

Cargo:

Professor orientador:

Pelo presente instrumento jurídico, as partes acima identificadas celebram termo aditivo ao compromisso de estágio, do qual passa a ser parte integrante e complementar ao Termo de Compromisso inicialmente firmado entre as partes, com fundamento na Lei nº 11.788, de 25/09/2008 e nas normas da Universidade Federal de São Carlos, mediante as condições a seguir estabelecidas:

**Cláusula Primeira: DO OBJETO**

Constitui objeto do presente termo aditivo a alteração do(s) seguinte item(ns) inicialmente estabelecido(s) no Termo de Compromisso celebrado entre as partes em **(início da vigência do termo de compromisso inicial)**:

*Selecione todos os itens necessários*

- Alteração no Plano de Atividades  
 Alteração do local de realização do Estágio  
 Alteração dos procedimentos de Supervisão da parte Concedente

**Cláusula Segunda: DA RATIFICAÇÃO**

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do termo de compromisso a que se refere o presente termo aditivo.

**Cláusula Terceira: DO FORO**

Fica eleito o foro da Justiça Federal da Subseção Judiciária de São Carlos, Estado de São Paulo, com renúncia a qualquer outro, para dirimir as dúvidas e questões eventualmente oriundas deste termo aditivo.

E por estarem de acordo com o Plano de Atividades e com as demais condições estabelecidas, é firmado o presente termo de compromisso em 3 (três) vias de igual forma e teor, sendo uma via para cada uma das partes.

Cidade-UF, (data)

---

(Nome/Cargo)  
REPRESENTANTE  
DA CONCEDENTE

---

(Nome)  
ESTAGIÁRIO(A)

---

(Nome/Cargo)  
REPRESENTANTE DA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO

---

(Nome do Supervisor(a) do Estágio na Concedente)

---

(Nome do Orientador(a) do Estágio na UFSCar)

**ANEXO 1**  
**Alterações no Plano de Atividades inicialmente proposto**

RAZÃO SOCIAL DA CONCEDENTE:

ESTAGIÁRIO:

O Plano de Atividades inicialmente acordado no termo de compromisso/termo aditivo em regime home office celebrado entre as partes em **selecione a data de início da vigência do termo de compromisso inicial/termo aditivo passa a ter a caracterização apresentada abaixo e está** de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso, de forma a contribuir para a formação profissional do ESTAGIÁRIO.

---

**Plano de atividades atualizado**

---

Local do estágio: (nome e endereço da unidade onde o estágio será realizado)

Área do estágio:

---

Atividades a serem desenvolvidas:

---

Objetivos:

---

Procedimentos de Supervisão da parte Concedente

\_\_\_\_\_  
(Nome do Supervisor(a) do Estágio na Concedente)  
Supervisor de Estágio na Concedente

\_\_\_\_\_  
(Nome do Orientador(a) do Estágio na UFSCar)  
Professor(a) Orientador(a)

---