



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardeiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

## ANEXO 3

### TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO DE ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO Estágios não curriculares

Pelo presente instrumento particular, que celebram entre si, os abaixo assinados, de um lado Sr.(a) \_\_\_\_\_, estudante da Faculdade de \_\_\_\_\_ da Universidade \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade N° \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na rua (av.) \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, doravante denominado **ESTAGIÁRIO(A)**, e, de outro lado, o **HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S. A.**, CNPJ 92.787.118/0001-20, **HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.**, CNPJ 92.787.126/0001-76, **HOSPITAL FÊMINA S.A.**, CNPJ 92.693.134/0001-53, integrantes do chamado **GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**, a seguir denominado **HOSPITAL CONCEDENTE**, neste ato representado pelo(a) Gerente de Ensino e Pesquisa, Sr.(a) \_\_\_\_\_, firmam o presente Termo de Compromisso pelas seguintes cláusulas:

**PRIMEIRA –** O **HOSPITAL CONCEDENTE** autorizará ao(à) **ESTAGIÁRIO(A)**, um período de permanência na dependência do Hospital \_\_\_\_\_ para realização de ESTÁGIO DE ATUALIZAÇÃO EM SERVIÇO, junto aos profissionais da Instituição, na área de seu interesse.

**SEGUNDA –** O(A) **ESTAGIÁRIO(A)** realizará o acompanhamento dos profissionais no Serviço de \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, totalizando, no máximo, 30 (trinta) dias.

§ 1º - As atividades que serão desenvolvidas pelo(a) **ESTAGIÁRIO(A)**, bem como o nome do(a) professor(a) orientador(a), responsável pelo acompanhamento e avaliação do(a) **ESTAGIÁRIO(A)**, estarão inseridos no plano de atividades da atualização, que é parte integrante desse termo.

§ 2º - A atividade desenvolvida pelo **ESTAGIÁRIO(A)** é de caráter estritamente **OBSERVACIONAL** sendo-lhe **VEDADO** o atendimento direto de paciente da Instituição.

**TERCEIRA -** Constituem obrigações do(a) **ESTAGIÁRIO(A)**:

- Cumprir as normas e a programação estabelecida;
- Observar as normas internas do **HOSPITAL CONCEDENTE**;
- Ressarcir eventuais prejuízos causados ao **HOSPITAL CONCEDENTE**;
- Entregar na GEP/GHC, Ficha de Avaliação do Estágio, ao término do mesmo, na forma e padrões estabelecidos pela GEP/GHC;
- Devolver o crachá na GEP ao término do estágio.

**Parágrafo único:** O(A) **ESTAGIÁRIO(A)** declara, para todos os efeitos legais, que o período de sua permanência para atualização em serviço, objeto do presente Termo de Compromisso, não acarretará, em hipótese alguma, vínculo empregatício com o **HOSPITAL CONCEDENTE**.



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardeiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

- QUARTA -** Caberá ao **HOSPITAL CONCEDENTE:**
- Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao(à) **ESTAGIÁRIO(A)** atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
  - Indicar funcionário de seu quadro pessoal, com formação e experiência profissional na área de conhecimento do(a) **ESTAGIÁRIO(A)**, para orientar e supervisionar;
  - Proporcionar ao(à) **ESTAGIÁRIO(A)** condições de aperfeiçoamento científico e de relacionamento humano;
  - Possibilitar a supervisão e o acompanhamento das atividades desenvolvidas.
- QUINTA -** Este TERMO DE COMPROMISSO poderá ser denunciado a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicação escrita.
- SEXTA -** Constituem motivos para cessação automática da vigência deste TERMO de COMPROMISSO:
- A conclusão;
  - A desistência;
  - O não cumprimento das normas institucionais;
  - O não cumprimento do convencionado neste TERMO DE COMPROMISSO.
- SÉTIMA -** O(A) **ESTAGIÁRIO(A)** não terá vínculo empregatício com o **HOSPITAL CONCEDENTE** para quaisquer efeitos.
- OITAVA -** Durante sua permanência na Instituição, o(a) **ESTAGIÁRIO(A)** deverá ter em seu nome, apólice de seguro contra acidentes pessoais, que fará parte integrante deste TERMO DE COMPROMISSO.
- NONA -** Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste TERMO DE COMPROMISSO, fica eleito o Foro Central da Comarca de Porto Alegre - RS.

E, POR ESTAREM JUSTOS, DE PLENO ACORDO E CONTRATADOS COM AS CLÁUSULAS ACIMA E CONDIÇÕES ESTIPULADAS, FIRMAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM (02) DUAS VIAS DE IGUAL TEOR E FORMA, POARA TODOS OS EFEITOS DE DIREITO, PERANTE DUAS TESTEMUNHAS.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

\_\_\_\_\_  
Estagiário(a)

**TESTEMUNHAS:**

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

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