



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA  
Pró-Reitoria de Planejamento - PROPLAN

**Minuta de Termo de Compromisso e Plano de Atividades para realização de estágio curricular, de caráter obrigatório**

(deverá ser firmado pelas partes via SEI-UFCSPA em processo específico do curso de graduação).

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Rua Sarmiento Leite, 245, Centro histórico.

CEP: 90050-170

Cidade: Porto Alegre

UF: RS

CNPJ sob o nº 92967595/0001-77

Neste ato representada pelo(a) coordenador(a) do curso de graduação em xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx da UFCSPA,  
Professor(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, RG nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**UNIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO/INTERMEDIADOR DE ESTÁGIO**

Nome: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CEP: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Cidade xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

UF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CNPJ sob o nº: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Neste ato representada pelo(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (*cargo do(a) Representante da Empresa*)

o(a) Sr(a). xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx RG nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CPF nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**ESTUDANTE**

Nome completo: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Data de Nascimento: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CPF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Complemento: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Bairro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

