

SOLICITAÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO (TCE)
Ingressantes a partir do 1º semestre de 2020

Termo de Compromisso de Estágio (TCE) tem por finalidade formalizar a compromisso de estágio não remunerado entre o aluno(a) / estagiário(a), a empresa concedente e a Instituição de Ensino.

✓ *Esta solicitação deve ser entregue na Secretaria Geral com no mínimo 3 dias úteis de antecedência da data de início do estágio.*

✓ *O prazo para elaborar as 3 vias de TCE é de 3 dias úteis, após este prazo o mesmo deverá ser retirado exclusivamente pelo aluno(a) estagiário(a).*

✓ *O TCE será elaborado de acordo com as informações abaixo, por favor, preencher com letra legível.*

 DADOS DO ACADÊMICO/ ESTAGIÁRIO	
Nome:	RA:
CPF:	RG:
Curso: FARMÁCIA	

 DADOS DA EMPRESA CONCEDENTE DE ESTÁGIO		
Nome da empresa concedente de estágio:		
CNPJ:		
Telefone:	E-mail:	
Endereço:	Nº:	
Bairro:	Cidade:	Estado
CEP:		
Nome do Representante da Empresa (assinará o TCE): NOME COMPLETO		
Nome do Supervisor de Estágio (assinará o relatório de estágio): NOME COMPLETO		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Fármacos, Medicamentos e Assistência Farmacêutica I (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Fármacos, Medicamentos e Assistência Farmacêutica II (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Fármacos, Medicamentos e Assistência Farmacêutica III (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Fármacos, Medicamentos e Assistência Farmacêutica IV (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Análises Clínicas e Toxicológico I (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Análises Clínicas e Toxicológico II (120 horas) Modalidade: _____		
<input type="checkbox"/> Estágio Supervisionado em Especificidades Regionais (80 horas) Modalidade: _____		

Data de início de estágio: ____/____/____

Horário do estágio: Início: ____:____ Término: ____:____

Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas no presente formulário são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os documentos que comprovem a veracidade dos dados preenchidos.

ASSINATURA DO(A) ALUNO(A)

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA EMPRESA
CARIMBO E ASSINATURA