## 

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS - CAMPUS POÇOS DE CALDAS

Avenida Dirce Pereira Rosa, 300 – Jardim Esperança – CEP 37703-100 - Poços de Caldas (MG)

Telefone: (35) 3697-4950 / <https://portal.pcs.ifsuldeminas.edu.br/>

**COMPLEMENTAÇÃO DE DADOS DO ESTÁGIO**

**OBSERVAÇÃO**:

Este documento destina-se a complementar as informações do Termo de Compromisso de Estágio (TCE) elaborado pela instituição ou empresa, para posterior registro no SUAP. Preencha o documento de acordo com os dados do TCE e inclua as informações faltantes, com a anuência de seu orientador.

**O PREENCHIMENTO À MÃO OU INCOMPLETO SERÁ INDEFERIDO.**

**1. CONCEDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da empresa/escola em que pretende estagiar: | CNPJ/CPF: |
| Telefone: | |
| E-mail do RH da empresa ou correlato: | |

**2. SUPERVISOR DE ESTÁGIO (deve estar vinculado à empresa/escola concedente)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Cargo: |
| Telefone: | E-mail: |
| Curso de formação: | Conselho de Classe Profissional (se houver): |
| O supervisor possui experiência profissional na área do curso do estagiário? ( ) SIM ( ) NÃO | |

**3. PROFESSOR ORIENTADOR DO ESTÁGIO (deve ser vinculado ao seu curso)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo: | Telefone: | E-mail: |

**4. ESTAGIÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do aluno(a): | | |
| CPF: | | Telefone (fixo/celular): |
| Curso: | Modalidade: ( ) Integrado ( ) Subsequente ( ) Superior | |
| Caso seja menor, informar os dados do responsável legal:  Nome completo: | | |
| E-mail: | Telefone: | CPF: |

**5. DADOS DO ESTÁGIO**

|  |
| --- |
| Tipo do estágio: ( ) Estágio obrigatório ( ) Estágio não-obrigatório |
| Caso tenha assinalado a opção “estágio não-obrigatório”, informe os dados a seguir:  Valor da bolsa de estágio: R$  Benefícios:  (\*O auxílio-transporte é obrigatório. Especificar se o estagiário terá outros benefícios como vale-alimentação, plano de saúde, etc).  Nome da seguradora: CNPJ da seguradora: Número da apólice de seguros: |

Período do estágio:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Dias da semana em que será feito o estágio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Horário do estágio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar caso haja horário de almoço/intervalo).

Carga horária diária:\_\_\_\_\_\_\_\_ (no máximo 6 horas por dia e 30 horas por semana).   
Carga horária total (somente para estágio obrigatório): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Haverá algum período do estágio em que dias da semana e horários sofrerão mudanças, como férias escolares, por exemplo?

( ) SIM ( ) NÃO

**Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, especificar as mudanças de forma detalhada:**

Período do estágio em que dias e horários serão diferenciados:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Dias da semana em que será feito o estágio, durante esse período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**6. PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO:**

|  |
| --- |
| 6.1 Atividades a serem desenvolvidas no estágio: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno Assinatura do Professor Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal

(para estagiários menores de idade)