

TERMO ADITIVO AO TCE

(__)1º (__)2º (__)3º Aditivo

ANUENTE		
Universidade Christus – Unichristus, mantido pelo IPADE - Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda.		
Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133	Bairro: Cocó	
CEP: 60192-345	Cidade: Fortaleza	UF: Ceará
Telefone: (85) 3457 5300	E-mail: centraldeestagios01@unichristus.edu.br	
CNPJ: 04.102.843/0001-50		
Representante Legal: ESTEVÃO LIMA DE CARVALHO ROCHA		
Cargo: Pró Reitor de Planejamento e Administração		

CONCEDENTE		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Ramo de Atividade:		
Endereço:		
	Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF: Ceará
Telefone:	E-mail:	
CNPJ:		
Representante Legal:		
Cargo:		

ESTAGIÁRIO		
Nome:		
Número de Matrícula:	Data de Nascimento:	
Documento de Identidade:	CPF:	
Endereço:		
	Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF: Ceará
Telefone:	E-mail:	
Curso:	Semestre:	
Turno:	IES:	

CLAUSULA PRIMEIRA – As partes supracitadas celebram entre si o presente ***Termo de Aditivo*** ao ***Termo de Compromisso de Estágio*** entre a Concedente, o Estagiário e a Unichristus, nos termos da Lei nº 11.788/08, para formalizar a seguinte alteração:

- (__) **Prorrogação do período de estágio** – em vigor a partir de ___/___/___ à ___/___/___, ficando o Estagiário com cobertura de Seguro de Vida pela Apólice nº _____, junto à Seguradora _____, assim como realizando as atividades de estágio conforme descritas no Plano de Atividades do Estagiário.
- (__) **Alteração da Apólice de Seguro** que passa para Seguradora _____ e nº _____.
- (__) **Alteração do horário de estágio** que passa a vigorar a partir do dia ___/___/___ das ___h às ___h, cumprindo um total de _____ horas semanais.

- Alteração da bolsa auxílio** que a partir do dia ____/____/____ passa para o valor de R\$ _____ por mês.
- Alteração do tempo para intervalo ou refeição** vigorando a partir do dia ____/____/____ das ____ horas às ____ horas.
- Alteração do local de realização das atividades de estágio na Concedente** sendo o novo endereço, sito à _____ Complementos, Cidade/Estado/CEP
- Alteração do Supervisor de Estágio na Concedente** (dados completos: nome, formação, e-mail, telefone, registro profissional)
- Definição e formalização do **Recesso Remunerado** a ser cumprido do período de ____/____/____ até ____/____/____.
- Outros:
- _____
- _____
- _____

CLAUSULA SEGUNDA – As demais cláusulas do **Termo de Compromisso de Estágio e Termo(s) Aditivo(s)** permanecem inalteradas.

E por estarem justas e contratadas, assinam as partes o presente Termo de Compromisso em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__.

Concedente
(Assinatura e carimbo)

Aluno Estagiário
(Assinatura)

Anuente
(Assinatura e carimbo)

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: