

TERMO DE RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

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:	

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		

A partir desta data ___/___/___ encerra-se o Termo de Compromisso de Estágio – TCE e seus aditivos, se houver, de acordo com a informação notificada pela CONCEDENTE, ESTAGIÁRIO(A), ou pela UNICHRISTUS, ao qual esteve firmado entre as partes supra citadas, para o período compreendido nos termos do que dispõe a Lei nº. 11.788/08.

Fica eleito o Foro da comarca de Fortaleza/Ceará, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas desta Rescisão.

E por estarem justas e acordadas com a presente Rescisão e para todos os fins e efeitos de direito, assinam as partes o presente Termo 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: