

**TERMO ADITIVO AO TCE**

(\_\_)1º      (\_\_ )2º      (\_\_ )3º Aditivo

<b>ANUENTE</b>		
Faculdade Christus, mantido pelo IPADE - Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda.		
Endereço: Rua Francisco Oliveira Almeida 1100		
CEP: 617600000	Cidade: Eusébio	UF: Ceará
Telefone: (85) 3457 5300	E-mail: centraldeestagios01@unichristus.edu.br	
CNPJ: 04.102.843/0007-45		
Representante Legal: ESTEVÃO LIMA DE CARVALHO ROCHA		
Cargo: Diretor		

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

<b>ESTAGIÁRIO</b>		
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 Faculdade Christus, 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: