

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			
Faculdade Christus, mantida 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			

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 FACULDADE CHRISTUS, 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 Eusébio/Ceará, para dirimir quaisquer dúvidas oriunda 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.

Eusébio, ____ de _____ de 20__.

Concedente
(Assinatura e carimbo)

Aluno Estagiário
(Assinatura)

Anuente
(Assinatura e carimbo)

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: