|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP**  **COORDENADORIA DE ESTÁGIO** | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO**  Firmam o presente Termo Aditivo o **ESTAGIÁRIO, a(o) CONCEDENTE** e a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, todos abaixo identificados, ficando estabelecido nos termos da Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008: | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** | | | | | |
| Nome: Universidade Federal de Ouro Preto | | CNPJ: 23.070.659/0001-10 | | | |
| Representante legal: Prof. Dr. Luciano Campos da Silva | | Cargo: Reitor | | | |
| Email: estagio.prograd@ufop.edu.br | | Telefone: (31) 3559-1322 | | | |
| Endereço: Rua Diogo de Vasconcelos 122 | | | | | |
| Bairro: Pilar | | CEP: 35400-000 | | | |
| Cidade: Ouro Preto | | Estado: MG | | | |
|  | | | | | |
| **ESTAGIÁRIO(A)** | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| Curso: | | | | | |
| Matrícula: | | CPF: | | | |
| Email: | | Telefone: | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Bairro: | | CEP: | | | |
| Cidade: | | Estado: | | | |
|  | | | | | |
| **CONCEDENTE** | | | | | |
| Nome: | | | CNPJ: | | |
| Representante Legal: | | | Cargo: | | |
| Email: | | | Telefone: | | |
| Endereço: | | | | | |
| Bairro: | | | | CEP: | |
| Cidade: | | | | Estado: | |
| **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**  O presente aditamento tem por objetivo prorrogar a vigência prevista no Termo de Compromisso de Estágio assinado em (DATA), por mais (TEMPO), com prazo final em (DATA FINAL).  **CLÁUSULA SEGUNDA – RATIFICAÇÃO**  Ficam ratificadas e permanecem inalteradas e em pleno vigor todas as demais Cláusulas do Termo de Compromisso de Estágio.  E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Termo Aditivo em 03 (Três) vias de igual teor e forma. | | | | | |

| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ESTAGIÁRIO(A)** | |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nome da Empresa**  **Nome do representante legal e cargo** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Universidade Federal de Ouro Preto**  **Prof. Dr. Luciano Campos da Silva**  **Reitor** |

Ouro Preto de de .