



**REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA**  
**HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA**

Rua Onze de Agosto, 557 – Fone (19) 3739-4000 Fax (19) 3232-5233

Campinas – São Paulo - CEP 13013-101

E-mail: [beneficiaciamp@beneficiaciamp.com.br](mailto:beneficiaciamp@beneficiaciamp.com.br)

## **Convênio para realização de Estágios.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a **REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA**, localizada à Rua 11 de Agosto, 557, CNPJ nº 46.030.318/0001-16, neste ato representado seu Presidente *Arly de Lara Romêo*, brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº. 4.896.084 e do CPF/MF nº 143.125.818/00, doravante denominada **HOSPITAL**, e de outro lado à empresa \_\_\_\_\_, com sede a \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, representada pelo Superintendente \_\_\_\_\_, brasileiro, casado, engenheiro agrônomo, portador da cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_ SSP/SP e do CPF nº \_\_\_\_\_, doravante denominada **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, tem entre si, justo e acordado o presente convênio, mediante as cláusulas e condições que mútua e reciprocamente se autorgam e aceitam, como segue:

### **1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

- 1.1. O **HOSPITAL** concederá à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** autorização para a utilização de suas dependências pelos alunos para realização de estágio supervisionado, como complementação de seus cursos.
- 1.2. O presente contrato tem como objetivo a promoção de ações de integração docente-assistencial que resultem na melhoria da qualidade de formação de recursos humanos da área de saúde, por meio da realização de estágio supervisionado e ações de aprendizagem de natureza prática, nas dependências do **HOSPITAL**, aos alunos regularmente matriculados nos cursos citados.

### **2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

#### **2.1 Da INSTITUIÇÃO DE ENSINO:**

- 2.1.1 Cumprimento das **NORMAS DE ESTÁGIO** definidas pelo **HOSPITAL** que passam a fazer parte integrante do presente contrato.
- 2.1.2 A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** se responsabiliza diretamente pela escala de distribuição de docentes-preceptores e de alunos, assegurando uma relação adequada à viabilidade do estágio nas diferentes unidades e serviços do **HOSPITAL**, consideradas as especificidades e dimensões físicas das instalações, com base nas Normas de Estágio,



**REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA**  
**HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA**

Rua Onze de Agosto, 557 – Fone (19) 3739-4000 Fax (19) 3232-5233

Campinas – São Paulo - CEP 13013-101

E-mail: [beneficiacamp@beneficiacamp.com.br](mailto:beneficiacamp@beneficiacamp.com.br)

devendo notificar por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias com exposição de motivos, as transferências e suspensão de estágios ou estagiários.

- 2.1.3 A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL**, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias antes do início de cada grupo de estágio, toda documentação legal relativa ao estagiário, bem como a escala de horários dos grupos de estágio, condições para que o aluno seja aceito como estagiário e para que seja liberado o início do estágio.
- 2.1.4 Providenciar seguro de acidentes pessoais em favor de cada estudante e disponibilizar mensalmente a estatística de eventos ocorridos ou não.
- 2.1.5 O estágio poderá ser praticado de segunda-feira à sexta-feira, obedecendo-se escala de horários previamente aprovado pela Coordenação de Enfermagem do **HOSPITAL**, de acordo com as **Normas de Estágio**.
- 2.1.6 Garantir que os estagiários serão sempre e constantemente acompanhados por um professor designado pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** de acordo com a escala previamente aprovada pelo **HOSPITAL**.
- 2.1.7 Só será permitida a circulação, acompanhada pelos professores, de 06 (seis) alunos por turma nos setores de enfermarias e Pronto Socorro e somente 04 (quatro) alunos por vez nos setores de UTI e Centro Cirúrgico, conforme liberação prévia.
- 2.1.8 Serão admitidos para estágio os alunos constantes da listagem previamente fornecida pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, desde que cumprida a exigência prevista no item 2.3 no período e na unidade pré-determinados.
- 2.1.9 A entrada no **HOSPITAL** de professores e alunos, somente será permitida se estiverem vestidos de roupa branca, camiseta da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, avental branco e identificados com crachá da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, devendo se submeter às normas e regulamentos vigentes e as do **HOSPITAL**.
- 2.1.10 Os materiais de consumo, utilizados pelos alunos serão totalmente fornecidos pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** (*luvas, máscaras, gorros, etc*) conforme o previsto nas Normas de Estágio.
- 2.1.11 Todo aluno deverá trazer consigo apenas o material de bolso (termômetro, tesoura, caneta e garrote) e quando em estágio no Centro Cirúrgico, é obrigatório o uso de roupa apropriada (terninho – calça e jaleco) fornecida pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.
- 2.1.12 Os materiais de consumo, equipamentos, móveis e instalações de propriedade do hospital, porventura danificados pelos estagiários serão de responsabilidade exclusiva da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, que providenciará o reparo necessário ou sua reposição em tempo hábil.



**REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA**  
**HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA**

Rua Onze de Agosto, 557 – Fone (19) 3739-4000 Fax (19) 3232-5233

Campinas – São Paulo - CEP 13013-101

E-mail: [beneficiaciamp@beneficiaciamp.com.br](mailto:beneficiaciamp@beneficiaciamp.com.br)

2.1.13 Os estagiários cumprirão as disposições das Normas de Estágio, do Regulamento, dos Regimentos Internos, além de outras normas e rotinas em vigor no **HOSPITAL**.

2.2 - Do **HOSPITAL**:

2.2.1 Assegurar a realização do Estágio conforme acordo entre as partes;

2.2.2 Confirmar a aceitação dos pedidos de estágio no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data do pedido da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.

2.2.3 Promover reunião trimestral de avaliação dos campos de atuação com Supervisores de Estágio da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.

2.2.4 Comunicar a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** qualquer irregularidade em relação ao estágio.

2.2.5 Disponibilizar as dependências do **HOSPITAL** para realização de estágio supervisionado, conforme parceria entre a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** e o **HOSPITAL**.

2.2.6 Garantir que docentes e discentes passem por Treinamentos de Integração.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA – CONTRAPRESTAÇÃO**

3.1.A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** disponibilizará ao **HOSPITAL** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** deverá oferecer oportunidades de formação aos colaboradores deste hospital na forma de cursos ou treinamentos, oferecidos pela escola, disponibilizados em áreas de interesse do **HOSPITAL** que poderá dividi-las conforme sua necessidade, para serem utilizadas no desenvolvimento de recursos humanos próprios.

3.3.A data da entrega da contraprestação foi agendada junto com o início do estágio.

**4. CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA DO CONTRATO**

4.1.O presente convênio vigorará de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, podendo ser prorrogado, por igual período, mediante manifestação formal de interesse da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** e aceitação por parte do **HOSPITAL**, através do Termo de Aditamento.

4.2. Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 60 dias sem acarretar ônus para qualquer das partes.



**REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA  
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA**

*Rua Onze de Agosto, 557 – Fone (19) 3739-4000 Fax (19) 3232-5233*

*Campinas – São Paulo - CEP 13013-101*

*E-mail: beneficenciacamp@beneficenciacamp.com.br*

**5. CLÁUSULA QUINTA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

5.1.O **HOSPITAL** está desobrigado de prestar qualquer assistência financeira como contraprestação das atividades de estágio desenvolvidas pelos alunos, devendo oferecer tão somente condições para o exercício do objetivo deste convênio.

5.2. As atividades desenvolvidas pelos estagiários não implicam em criação de vínculo empregatício com **HOSPITAL**.

5.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Campinas para dirimir quaisquer dúvidas a respeito do presente Convênio.

E assim, por estarem justos e acordados assinam o presente Convênio em 3 (três) vias de igual forma e teor, para juntas produzirem um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de **2010**

**ARLY DE LARA ROMÊO  
REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA  
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE CAMPINAS**

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
RG:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
RG: