



**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@benefenciacamp.com.br*

## **CONTRATO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

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 a (nome da instituição), localizada à Rua ....., CNPJ nº 00.000.000/0001-00, neste ato representada por seu ..... RG .....CPF....., doravante denominada **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, tem entre si, justo e acordado o presente contrato, mediante as cláusulas e condições que mútua e reciprocamente se autorgam e aceitam, como segue:

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

1.1. 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, em particular de Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiros, por meio da realização de estágio profissionalizante e ações de aprendizagem de natureza prática e teórica, nas dependências do **Hospital Beneficência de Campinas**, aos alunos regularmente matriculados nos cursos acima citados.

### **2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

2.1. O desenvolvimento de estágio está condicionado sujeita a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** ao cumprimento das **NORMAS DE ESTÁGIO DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE CAMPINAS**, que passam a fazer parte integrante do presente contrato.

2.2. 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 Beneficência Portuguesa, consideradas as especificidades e dimensões físicas das instalações, com base nas Normas de Estágio.

2.3. A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** deverá encaminhar com antecedência à Coordenação de Enfermagem do **HOSPITAL**, toda documentação legal relativa ao estagiário, em especial o seguro contra acidentes pessoais, condição para que o aluno seja aceito como estagiário.



**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@beneficiacamp.com.br*

- 2.4. 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**.
- 2.5. Os estagiários, em turmas de no máximo de 06 (seis) alunos para as enfermarias, 4 para UTI e 4 para Centro Cirúrgico, serão sempre e constantemente acompanhados por um enfermeiro designado pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** de acordo com a escala previamente aprovada pelo **HOSPITAL**.
- 2.6. 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.
- 2.7. A entrada no **HOSPITAL** de professores e alunos, somente será permitida desde estejam usando roupa branca, camiseta da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, avental branco e identificados com crachá da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.
- 2.8. Os materiais de consumo, utilizados pelos alunos serão totalmente fornecidos pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** (luvas, máscaras e gorros) conforme o previsto nas Normas de Estágio.
- 2.9. Todo aluno deverá trazer consigo 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) da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.
- 2.10. 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.
- 2.11. Os estagiários cumprirão as disposições das Normas de Estágio, do Regulamento, dos Regimentos Internos, além de outras normas e rotinas.

### **3. CLÁUSULA TERCEIRA – VIGÊNCIA DO CONTRATO**

- 3.1. O presente convênio vigorará de 00/02/2005 até 31/12/2005, podendo ser prorrogado, por igual período, mediante manifestação formal de interesse da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** e aceitação por parte do **HOSPITAL**.
- 3.2. Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante comunicação por escrito, 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*

#### **4. CLÁUSULA QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 4.1. 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.
- 4.2. As atividades desenvolvidas pelos estagiários não implicam em criação de vínculo empregatício com **HOSPITAL**.
- 4.3. A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** deverá oferecer 1 (uma) bolsa de estudo, a cada 4 (quatro) estagiários, por ano, pelo valor equivalente ao curso técnico de enfermagem, disponibilizados em áreas de interesse do **HOSPITAL**, para serem utilizados no desenvolvimento de recursos humanos próprios.
- 4.4. Fica eleito o Foro da Comarca de Campinas para dirimir quaisquer dúvidas a respeito do presente Convênio.

Por estarem justos e acordados assinam as partes o presente termo na presença das testemunhas abaixo relacionadas.

Campinas, de fevereiro de 2005

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

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

RG: