**TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

|  |
| --- |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |
| **Instituição**: Centro Universitário Católica de Quixadá – Unicatólica. |
| Endereço: Rua Juvêncio Alves, 660 – Centro – Quixadá – CE. CNPJ 12.664.055.0001/85  Fone: (88) 3412-6700 – www.unicatolicaquixada.edu.br |

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDADE CONCEDENTE** | |
| **Razão Social:** **(**Doravante denominada **Concedente)** | |
| **CNPJ:** **(empresa)** | **CPF:** **(Autônomo)** |
| **Representante Legal:** | **CARGO:** |
| **Área/Setor do Estágio:** | |
| **Fone:** |  |
| **E-mail:** |  |

*Obs.: Preencher a Razão Social e CNPJ* ***OU*** *Nome**completo do profissional Liberal Autônomo e CPF.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTAGIÁRIO** | | |
| **NOME**:       **(**Doravante denominado **estagiário)** | | |
| **CURSO**: | **PERÍODO/SEMESTRE**: | **MATRÍCULA**: |
| **E-MAIL**: | **CEL/FONE**.: | **Carga Horária Realizada**: |

Nos termos do art. 9º do inciso V, da Lei de nº 11.788/08, declaramos que no período compreendido entre   /  /   e   /  /   o estagiário qualificado em epígrafe realizou as atividades abaixo descritas:

Seu desempenho foi considerado:  Razoável  Aceitável  Bom  Ótimo  Excelente, pelas seguintes razões:

Quixadá, **quinta-feira, 24 de novembro de 2016.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estagiário**

Aluno

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Concedente**

Representante

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NAARTE**

Gestor