



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO ADITIVO

Pelo presente termo aditivo, a(o) _____, CNPJ/CPF _____ doravante designado(a) **CONCEDENTE**, o(a) **ESTAGIÁRIO(A)** _____, CPF nº _____, N° USP _____, e a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, INSTITUIÇÃO DE ENSINO doravante designada **INTERVENIENTE**, todos já qualificados no Termo de Compromisso firmado em ___/___/___, resolvem firmar o presente **Termo Aditivo**, nos termos das Lei Federal nº 11.788/2008 e da Resolução USP nº 5.528/2009, a fim de:

Prorrogação do período de vigência previsto, passando a vigorar de ___/___/___ a ___/___/___.

Alteração do valor da bolsa para R\$ _____, a partir de ___/___/___.

Alteração a partir de ___/___/___ do Supervisor(a) do estágio, tendo como novo responsável o(a) Cirurgião(ã)-Dentista ___/___/___, CRO-SP nº ___/___/___

Alteração a partir de ___/___/___ do Plano de Estágio. Seguem em anexo as três vias do novo Plano de Estágio.

Alteração a partir de ___/___/___ do Seguro Contra Acidentes Pessoais. Apólice nº ___/___/___ da companhia de Seguro ___/___/___.

Ficam ratificadas todas as cláusulas e condições estabelecidas no instrumento do ajuste original, que não foram expressamente alterados por meio deste instrumento.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

CONCEDENTE

Faculdade de Odontologia da USP
INTERVENIENTE

ESTAGIÁRIO(A)