



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

TERMO DE RESCISÃO

O(A) _____, CNPJ/CPF _____,
designado(a) CONCEDENTE, o(a) ESTAGIÁRIO(A) _____, CPF
_____, nº USP _____ e a Faculdade de Odontologia da Universidade
de São Paulo designada INTERVENIENTE acordam o que segue:

Fica rescindido, a partir de ____/____/____ o Termo de Compromisso de Estágio iniciado
em ____/____/____.

E, por estarem de acordo com os termos, as partes assinam o presente instrumento.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

CONCEDENTE

**Faculdade de Odontologia da USP
INTERVENIENTE**

ESTAGIÁRIO(A)

Testemunha

Testemunha