

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**NORMAS PARA A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR**

**CARACTERIZAÇÃO**

O estágio extracurricular caracteriza como atividade opcional (não obrigatória) acrescida à carga horária regular e obrigatória do curso; tendo como finalidade complementar a formação do aluno, regularmente matriculado em instituição de ensino, durante o desenvolvimento do curso, sem prejuízo das atividades acadêmicas.

**NORMAS GERAIS**

Os estágios extracurriculares nas Unidades da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto serão do tipo observacional e desenvolvidos exclusivamente na área de formação acadêmica, nos meses de janeiro e julho de cada ano mediante necessidade dos serviços.

Estas normas referem-se única e exclusivamente aos estágios dos cursos da área da saúde (biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia e psicologia).

Os estágios extracurriculares **NÃO SERÃO REMUNERADOS**.

Os estágios extracurriculares serão desenvolvidos mediante o atendimento dos seguintes critérios:

1. Ter vaga disponível na Unidade de Saúde, nos meses de novembro e maio a Secretaria de Saúde publicará no Portal da Saúde o formulário para inscrição no processo seletivo com as vagas disponíveis para os estágios.
2. A vaga de estágio está condicionada à capacidade física da Unidade de Saúde e à presença de preceptor para receber e acompanhar o estagiário.
3. A modalidade “Estágio Extracurricular” será única e exclusivamente ofertada aos alunos que estiverem cursando os **dois últimos anos da graduação** dos cursos da área da saúde supra mencionados.
4. O candidato deverá acessar o portal da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto ([www.saude.riopreto.sp.gov.br](http://www.saude.riopreto.sp.gov.br)) e preencher o formulário.
5. Haverá processo seletivo (entrevista) caso o número de candidatos exceda o número de vagas de estágio.
6. Após o envio do formulário online o aluno deverá aguardar o email da secretaria de saúde confirmando se foi ou não contemplado com a vaga, neste email terá toda a explicação de quais documentos deverão ser enviados. São eles:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

- ✓ Carta de apresentação do aluno fornecido pela Instituição de Ensino (anexo 1);
- ✓ Termo de Compromisso do aluno (anexo 2);
- ✓ Cópia do RG;
- ✓ Cópia do CPF;
- ✓ Declaração de situação vacinal fornecido pela unidade de saúde;
- ✓ Apólice do Seguro de Vida – vigente durante o período do estágio.

O estágio será iniciado somente mediante o cumprimento de todos os requisitos listados acima.

7. Com a documentação toda correta, será encaminhado um email com a autorização do estágio para o aluno contemplado, contendo o nome do preceptor e unidade receptora.
  8. Durante a realização do estágio deverão ser preenchidos os seguintes documentos abaixo e enviados no final do estágio;
- ✓ Preenchimento do formulário de atividades desenvolvidas e avaliação do estágio em Google Forms que será enviado pela Gerência de Educação em Saúde;
  - ✓ Anexar cópia no formulário do Google Forms da folha de frequência (Anexo 3) que será assinada pelo aluno e pelo preceptor

## **DEVERES DO ESTAGIÁRIO**

É dever do estagiário:

- Seguir as normas e orientações sobre os estágios extracurriculares da Instituição de Ensino onde desenvolve a graduação, ficando a Secretaria de Saúde isenta de qualquer responsabilidade no tocante à carga horária, relatórios obrigatórios a serem entregues à IES, cumprimento de outras atividades curriculares, etc;
- Manter sigilo e discrição sobre fatos ou atos administrativos que venha a tomar conhecimento por ocasião de suas atividades no estágio, em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);
- Zelar pelo uso adequado dos equipamentos e ferramentas pertencentes ao serviço durante a realização do seu estágio bem como pela economia e conservação do material permanente e de consumo a que tiver acesso, fazendo uso ético e consciente dos recursos materiais e tecnológicos que lhe forem disponibilizados;
- Ser assíduo e pontual;
- Atuar com cordialidade;
- Vestir-se de maneira condizente ao ambiente de estágio, utilizando jaleco e utilizando as normas da NR 32;

### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

#### **DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP.  
Telefone (17) 3216 9766 – sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br

- Executar as tarefas que lhe forem atribuídas dentro do prazo estabelecido, cumprindo o Plano de Atividades de estágio com zelo e presteza;
- Fazer uso do crachá de identificação da instituição de ensino nas dependências dos serviços de saúde;
- Avisar previamente o supervisor caso necessite se ausentar do local de estágio, durante o expediente;
- Retirar qualquer documento ou objeto da unidade organizacional, ressalvados aqueles relacionados ao estágio, sem prévia anuência do supervisor;
- Comunicar à Secretaria de Saúde a presença de sinais/sintomas de doenças.

## **DA SUSPENSÃO**

O estágio extracurricular poderá ser suspenso:

- Automaticamente, ao término do estágio;
- Por solicitação do aluno ou unidade concedente;
- Por questões de caráter ético e que ferem o local de estágio, assim como a instituição de ensino e demais profissionais envolvidos;
- A unidade concedente pode solicitar cancelamento do estágio quando:
  - a) O aluno for desligado da IES;
  - b) Houver violação do código de ética a que o aluno está sujeito,
  - c) Por comportamento inadequado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O funcionário preceptor será escolhido pelo departamento responsável, tal atividade não gerará vínculo empregatício/honorários extras com a Instituição de Ensino nem tampouco, da Prefeitura Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. O funcionário preceptor do estágio extracurricular deverá ser da mesma categoria profissional do aluno de graduação e estar lotado na unidade de saúde receptora.

Será enviado um termo para preenchimento do funcionário preceptor (Anexo 4) que deverá ser enviado pra a gerência de educação

O preceptor deverá vistar a folha de frequência do aluno, sendo que as faltas relacionadas ao desenvolvimento de atividades no estágio extracurricular não serão computadas na emissão do certificado de estágio extracurricular, emitido pela Secretaria de Saúde.

Fica vedado ao estagiário executar tarefas sem a presença da supervisão em tempo integral do preceptor.

A certificação do estágio está condicionada à entrega do relatório final à Secretaria de Saúde.



**ANEXO1**

**Papel Timbrado pela Universidade/ Faculdade**

**Declaração/ Atestado**

Atestamos, para os devidos fins necessários, que o aluno (a) \_\_\_\_\_, matrícula n° \_\_\_\_\_, nascido (a) dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, é aluno (a) nesta instituição de ensino superior e cursa o \_\_\_\_ período do curso de \_\_\_\_\_, no turno da \_\_\_\_\_, tendo efetuado matrícula no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

O curso tem duração de \_\_\_\_\_ períodos, tendo como situação legal Renovação Rec. – Porta. MEC n° \_\_\_\_\_. O (a) aluno (a) iniciou o curso no mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ e o término está previsto para o mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, caso o (a) aluno (a) não adquira dependências e /ou adaptações.

Nome da Instituição de Ensino, município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da Instituição  
Responsável



**ANEXO 2**

**TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR**

As partes abaixo qualificadas celebram neste ato Termo de Compromisso de Estágio, conforme a Lei nº. 11.788/08.

<b>DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b>	
Instituição de Ensino:	
CNPJ:	
Telefones:	
Endereço:	CEP:
Cidade:	

Orientador na Instituição:
Telefones:
E-mail:

<b>DADOS DO ESTAGIÁRIO</b>		
Estagiário (a):		
Curso:	Matrícula:	
Turno/Curso:	Semestre:	Telefones:
Endereço:		
Cidade:		CEP:
Data de Nascimento: ____/____/____		
CPF:	RG:	SSP -

<b>DADOS DA INSTITUIÇÃO CONCEDENTE</b>
Instituição Concedente: Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto
CNPJ: 46.588.950/0001-80
Telefones: 3216-9786
Endereço: Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi – CEP: 15084-010
Cidade: São José do Rio Preto - SP
Local de realização do Estágio:

**Cláusula 1ª:** O presente termo de compromisso formaliza a realização de estágio extracurricular, conforme a legislação vigente, sem caracterização de vínculo empregatício, visando a realização de atividades compatíveis com a programação curricular e projeto pedagógico do curso, devendo permitir ao estagiário, regularmente matriculado, a prática complementar do aprendizado.

**Cláusula 2ª:** O estagiário desenvolverá as suas atividades na área de \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ sendo o Plano de Atividades de Estágio, em anexo, aprovado de comum acordo entre as partes, conforme o projeto pedagógico da Unidade de Ensino, a etapa e a modalidade da formação escolar do estagiário.

**Cláusula 3ª:** O estágio será realizado no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Cláusula 4ª:** O estágio terá uma jornada de atividades de \_\_\_\_ horas semanais, no horário de \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h, no local de atuação.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP.  
Telefone (17) 3216 9766 – sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br



## PREFEITURA DE RIO PRETO

Cláusula 5ª: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório, o Estagiário estará segurado contra acidentes pessoais ocorridos no local do estágio ou em razão dele, através da Apólice de Seguros nº \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, sendo de inteira responsabilidade da INSTITUIÇÃO DE ENSINO a formalização do seguro contra acidentes pessoais a favor do Estagiário.

**Cláusula 6ª:** São obrigações da INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

- avaliar as instalações do local de realização do estágio, bem como a sua adequação à formação cultural e profissional do estagiário, à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estagiário, assim como ao horário e calendário escolar;
- notificar a INSTITUIÇÃO CONCEDENTE quando ocorrer a transferência, trancamento de curso, abandono ou outro fato impeditivo da continuidade do estágio;
- indicar orientador da área a ser desenvolvida no estágio para acompanhar e avaliar as atividades do estagiário;
- comunicar a INSTITUIÇÃO CONCEDENTE, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas, para que os alunos sejam liberados, conforme previsto na lei;
- contratar seguro contra acidentes pessoais em favor do estagiário.

**Cláusula 7ª:** São obrigações do ESTAGIÁRIO:

- cumprir com empenho e interesse toda a programação estabelecida para seu estágio;
- observar e cumprir as normas internas da INSTITUIÇÃO CONCEDENTE, inclusive as relativas ao sigilo e confidencialidade das informações a que tiver acesso;
- informar imediatamente à INSTITUIÇÃO DE ENSINO a rescisão antecipada do presente termo para que possam adotar as providências administrativas cabíveis;
- informar de imediato a INSTITUIÇÃO CONCEDENTE qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula na INSTITUIÇÃO DE ENSINO;
- manter atualizado, junto INSTITUIÇÃO CONCEDENTE, seus dados pessoais e escolares.
- assinar o presente termo e entregar uma via a cada parte;

**Cláusula 8ª:** São obrigações da INSTITUIÇÃO CONCEDENTE:

- ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
- indicar um funcionário de seu quadro de pessoal com formação ou experiência profissional compatível com a área de conhecimento do estagiário, que deve atuar de forma integrada com o orientador da INSTITUIÇÃO DE ENSINO;
- entregar, ao final de realização do estágio, relatório das atividades desenvolvidas e a avaliação de desempenho.

**Cláusula 9ª -** O presente Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório e o Plano de Atividades de Estágio (Anexo 1) somente poderão ser prorrogados ou alterados mediante assinatura de termo aditivo, podendo, no entanto, ser:

- extinto automaticamente ao término do estágio;
- rescindido por deliberação da INSTITUIÇÃO CONCEDENTE ou do Estagiário;
- rescindido por conclusão, abandono ou trancamento de matrícula do curso realizado pelo estagiário.

**Cláusula 10ª –** A INSTITUIÇÃO DE ENSINO, a INSTITUIÇÃO CONCEDENTE, e o ESTAGIÁRIO, signatários do presente Termo de Estágio, de comum acordo com os termos ora ajustados, bem como com o Plano de Atividades de Estágio (Anexo 5.1) e para os efeitos da Lei nº 11.788/08, assinam o presente instrumento, em três vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ESTAGIÁRIO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Educação em Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP.  
Telefone (17) 3216 9766 – sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br



ANEXO 3

**Folha de Frequência de Estágio Extracurricular**

<b>Nome do aluno:</b>
<b>Unidade:</b>
<b>Período do estágio:</b> \    \            à    \    \
<b>Curso:</b>
<b>Faculdade:</b>
<b>Carga horária total do estágio:</b>
<b>Preceptor:</b>

<b>Mês do Estágio :</b>				
<b>Dia</b>	<b>Entrada</b>	<b>Saída</b>	<b>Assinatura do Aluno</b>	<b>Assinatura do Preceptor</b>
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Observação: \_\_\_\_\_

De acordo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Ass. Aluno

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Ass. Preceptor

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP.  
Telefone (17) 3216 9766 – sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br



**PREFEITURA DE  
RIO PRETO**

**ANEXO 4**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRECEPTORIA**

Eu, \_\_\_\_\_, Profissão  
\_\_\_\_\_, inscrito no Conselho de Classe sob nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, na cidade de  
\_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e Celular: (\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_, declaro, para fins  
éticos e legais, ser o preceptor responsável pelos atos praticados, durante o estágio extracurricular  
(que será realizado no período de \_\_\_\_\_), pelo(a)  
aluno(a) \_\_\_\_\_, nos termos do  
que determina a Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008. Declaro que tal atividade não gerará  
vínculo empregatício/honorários extras com a Instituição de Ensino nem tampouco, da Prefeitura  
Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Preceptor: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO**

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP.  
Telefone (17) 3216 9766 – sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br