

Solicitamos preencher e encaminhar este formulário para a Gerência de Estágio

Fax: (95) 3624-7320 Fone (95) 3621-3573 ou E-mail: pes@ielrr.org.br

Data: ____/____/____ CNPJ _____

Razão Social: _____

Nome Fantasia (Se houver): _____

Endereço (Rua/N.º/Quadra/Etc.): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado(UF): _____

Fone(s): _____ Fax: _____ Cep: _____

Ponto de Referência: _____

*** REPRESENTANTE DA EMPRESA OU PROCURADOR PARA ASSINATURA DO CONTRATO DE PARCERIA E
TERMO DE COMPROMISSO DO ESTAGIÁRIO - (TCE)**

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____ Telefone Comercial: _____ Celular: _____ Fax: _____

C P F: _____ Cargo/Função: _____

Tipo de Representação: Legal Administrador de Contratos Financeiro

N.º Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Estado (UF): _____

*** SUPERVISOR/ORIENTADOR RESPONSÁVEL PELO ESTAGIÁRIO NA EMPRESA**

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

C P F: _____ Telefone Comercial: _____

Celular: _____ Fax: _____ Estado Civil: _____

Cargo/Função: _____ E-mail: _____

Formação: Nível Médio Nível Superior Outros: _____

Experiência Profissional: _____

*** RESPONSÁVEL PARA O PAGAMENTO DO CUSTO OPERACIONAL AO IEL/RR (FINANCEIRO):**

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____ Telefone Comercial: _____ Celular: _____ Fax: _____

C P F: _____ Cargo/Função: _____

N.º Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Estado (UF): _____

E-mail: _____

*** QUANTO AO PAGAMENTO DA BOLSA DE COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL DO ESTAGIÁRIO, A EMPRESA:**

Paga diretamente ao estagiário Repassa ao IEL/RR para que este efetue o pagamento

*** CRITÉRIO PARA REAJUSTE DA BOLSA DE COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL:**

Salário Mínimo Critério Administrativo da Empresa Outros (especificar): _____

*** FORMA DE PAGAMENTO DA BOLSA DE COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL:**

Mês Hora Outros (especificar): _____

*** BENEFÍCIOS QUE A EMPRESA OFERECE:** Transporte Alimentação Outros (especificar): _____

DADOS OBRIGATÓRIOS PARA FIRMAR O CONTRATO:

Atividade Principal da Empresa: () Indústria () Comércio () Serviço () Órgão Público

Tipo De Empresa: () Privada () Pública () ONG () Autarquia () Matriz () Filial

Segmento Econômico, Atividade Principal: _____

Nº de Funcionários: _____ Porte Da Empresa: () Pequena () Média () Grande () Micro

E-mail Geral: _____