

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

**1. ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO**

Nº do Registro: \_\_\_\_\_.

Endereço (Rua/N.º/Quadra/Etc.): \_\_\_\_\_.

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado(UF): \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_.

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_.

**2. 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): \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C P F: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Formação:  Nível Médio  Nível Superior Outros: \_\_\_\_\_

**4. 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: \_\_\_\_\_

**5. 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

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

Salário Mínimo  Critério Administrativo da Empresa Outros (especificar): \_\_\_\_\_

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

Mês  Hora Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**8. 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:** \_\_\_\_\_