



## PLANO DE ESTÁGIO

( X ) obrigatório

( ) não-obrigatório

### DADOS DO SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS

Apólice nº: **2001086**

Seguradora: **SEGUROS SURA S/A**

### DADOS DA ENTIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Responsável/Contato: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### DADOS DO ESTÁGIO

Setor/Unidade: \_\_\_\_\_

Nome do Supervisor (empresa/instituição): \_\_\_\_\_

Habilitação Profissional do Supervisor: \_\_\_\_\_

Nome do Professor Orientador: \_\_\_\_\_

Data Prevista para Início do Estágio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Prevista para o Término do Estágio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Jornada de Estágio: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ e das \_\_\_\_ : \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_ horas semanais.

Atividades principais a serem desenvolvidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Estagiário

\_\_\_\_\_  
Professor(a) Orientador(a) – IFNMG  
Campus Almenara

\_\_\_\_\_  
Supervisor do Estágio

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Curso