**ANEXO VI**

**TERMO DE CEDÊNCIA/PARCERIA Nº**      **/**

**SEMESTRE:**

A/O **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, inscrita no **CNPJ** sob o nº [número do CNPJ], neste ato representada por NOME DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO], CPF nº [CPF do Representante da Instituição de Ensino], doravante denominada DOADOR, celebra com a Secretaria de Estado da Saúde/SC, por intermédio da/do **NOME DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC**, doravante denominado DONATÁRIO, neste ato representada por [NOME DO DIRETOR DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC], CPF nº [CPF do Diretor Geral], este Termo de Cedência/Parceria em conformidade com o Termo de Cooperação Técnica nº      , que tem como objeto a operacionalização de programas de estágio obrigatório nas unidades da SES/SC, de estudantes matriculados e com frequência efetiva nos cursos regulamentados pela Instituição de Ensino acima mencionada.

# CLÁUSULA I - DO OBJETO

Este termo de cedência/parceria visa cumprir as cláusulas estabelecidas no Termo de Cooperação Técnica nº       de data, no que se refere a viabilização de contrapartidas pactuadas nos termos supracitados.

# CLÁUSULA II – DAS OBRIGAÇÕES DA DOADORA

A/O NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO, declara ciência de que a cedência do espaço e/ou a assessoria/consultoria técnica constante neste termo não gera repasse de recursos entre as partes. Será descontada do valor da contrapartida especificada na pactuação de contrapartida.

A/O NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO, declara ciência de que a limpeza do espaço utilizado faz parte do valor descontado da contrapartida.

# CLÁUSULA III – DAS OBRIGAÇÕES DO DONATÁRIO

A Secretaria de Estado da Saúde/SC deve zelar pelo espaço utilizado.

# CLÁUSULA IV – DA VIGÊNCIA

O presente termo passa a vigorar entre as partes a partir da data de sua assinatura por tempo indeterminado.

# CLÁUSULA V - DO FORO

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste termo, as partes elegem o foro da comarca de Florianópolis, Santa Catarina.

Por estarem assim juntos e contratados, firmam o presente instrumento.

Localidade, data de mês de ano.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME**  **DIREÇÃO GERAL DA UNIDADE DA SES/SC**  **(Donatário)** |  | **NOME DO REPRESENTANTE LEGAL**  **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**  **(Doadora)** |