

ANEXO III
TERMO DE CEDÊNCIA/PARCERIA N° _____ / _____

A (NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO), estabelecida à Rua (nome, n°, bairro, cidade/UF, CEP), neste ato representada por (nome do representante legal), CPF n° (_____), portador da Carteira de Identidade n° (_____), expedida pela (nome do órgão expedidor), em (data), doravante denominada DOADOR, celebra com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por intermédio da (NOME DA UNIDADE HOSPITALAR), doravante denominado DONATÁRIO, neste ato representada por seu Diretor Geral o(a) Senhor(a) (Diretor da Unidade Hospitalar), CPF n° (_____), portador da carteira de identidade n° (_____), expedida pela (_____) em (_____), este Termo de Doação em conformidade com o Termo de Cooperação Técnica n° (_____), que tem como objeto a operacionalização de programas de estágio supervisionado curricular obrigatório nas unidades da Secretaria, de estudantes matriculados e com frequência efetiva nos cursos regulamentos pela instituição de ensino acima mencionada.

CLÁUSULA I - DO OBJETO

Este termo de doação/parceria visa cumprir as cláusulas estabelecidas no Termo de Cooperação Técnica n° (_____) de (data), no que se refere a viabilização de contrapartidas decorrente do Plano Semestral de Aquisições a Título de Contrapartidas, pactuados nos termos supracitados.

CLAUSULA II – DAS OBRIGAÇÕES DA DOADORA

A (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 no Plano Semestral.

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

CLAUSULA III – DAS OBRIGAÇÕES DO DONATÁRIO

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

CLAUSULA III – DA VIGÊNCIA

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

CLAUSULA IV - DO FORO

I- 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, em quatro vias de igual teor, juntamente com duas testemunhas.

(Localidade), (data) de (mês) de (ano).

(Nome e assinatura do representante legal da Instituição de ensino - Doadora)

(Nome e assinatura da Direção Geral da Unidade da Secretaria de Estado da Saúde/SC (Donatário)

(Nome, CPF e assinatura da Testemunha 01 - Doadora)