**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE FARMÁCIA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA**

**TERMO RESCISÓRIO DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO**

O(a) **NOME DO LOCAL DE ESTÁGIO EM NEGRITO E CAIXA ALTA**, neste ato representado(a) por **NOME COMPLETO EM NEGRITO E CAIXA ALTA**, CI nº XXXXXXX , CPF nº XXXXXXX, e, de outro lado, o(a) estudante **NOME COMPLETO EM NEGRITO E CAIXA ALTA**, CI nº XXXXXXX, CPF nº XXXXXXX, cursando o X° período do Curso de Biomedicina, Matrícula nº XXXXXXX, que sob a coordenação e supervisão da **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**, pessoa jurídica de direito público, qualificada como instituição de ensino sob o regime de autarquia federal, inscrita no CNPJ sob o nº 17.217.985/0001-04, por intermédio de sua Faculdade de Farmácia, neste ato representada pelo(a) coordenador(a) do Curso de Biomedicina da Unidade, **NOME COMPLETO EM NEGRITO E CAIXA ALTA**, CI nº XXXXXXX, CPF nº XXXXXXX, Matrícula UFMG nº XXXXXX, resolvem rescindir a partir de XX/XX/20XX, o Termo de Compromisso para concessão de Estágio celebrado entre as partes.

Belo Horizonte, XX de julho de 2025.

ÓRGÃO/UNIDADE CONCEDENTE: NOME COMPLETO

ESTAGIÁRIO(A): NOME COMPLETO

UNIDADE DE ENSINO: NOME COMPLETO