



SÃO LEOPOLDO MANDIC
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COOPERAÇÃO TÉCNICA

_____, ____ de _____ de _____

Nome (Cooperante): _____

RG: _____ **CPF** _____

Telefone de contato: (_____) _____

Empresa responsável: _____

Coordenador responsável: _____

Curso/Turma atendidos: _____

Por meio deste termo de responsabilidade à cooperação técnica, o cooperante, empresa e/ou coordenador autônomo de curso na área de Odontologia assumem total responsabilidade técnica bem como de procedimentos normatizados por este termo e abaixo atestados:

- a) O cooperante não tem qualquer vínculo técnico ou empregatício com a Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic ou unidade a esta vinculada.
- b) O cooperante, a empresa e/ou coordenador autônomo de curso são responsáveis por qualquer tipo de acidente de trabalho que ocorrer durante o desempenho de mal atividade.
- c) O cooperante e a empresa responsável poderão disponibilizar aos alunos da instituição seus insumos e produtos gratuitamente a título promocional.
- d) O cooperante, a empresa e/ou coordenador de curso não poderão comercializar seus produtos e insumos em nenhuma hipótese aos alunos da instituição.
- e) O cooperante se compromete a obedecer às normas de circulação e bio-segurança da instituição.
- f) A desobediência às normas internas da instituição e a este termo implicará na proibição automática do ingresso do cooperante e/ou representante da empresa no espaço físico ou campus da instituição.
- g) Sendo o cooperante prestador de serviços externos, deverá receber autorização prévia da Diretoria de Clínicas e se for o caso praticar preços estabelecidos pela mesma.
- h) A autorização para ingresso do cooperante nas dependências da instituição é liberalidade concedida pela mesma, que poderá ser cassada a qualquer tempo sem aviso prévio.
- i) *Este Termo deverá ser devidamente preenchido (sem rasuras) e entregue junto à Diretoria das Clínicas da SL Mandic, com antecedência mínima de 10 dias da data prevista da visitação, para a devida apreciação.*

Cooperante

Responsável pela Empresa

Coordenador Autônomo de
Curso

Testemunha 1

Testemunha 2

Diretoria das Clínicas