



**Fundação Dr. João Penido Burnier**  
CNPJ 46.064.283/0001-39 Inscrição Municipal: 11549-4  
Rua Dr. Mascarenhas, nº 249 Bairro Botafogo  
Campinas/SP CEP: 13.013-075

## **TERMO DE ADESÃO PARA ESTÁGIO OBSERVATÓRIO EM OFTALMOLOGIA**

### **VOLUNTÁRIO**

NOME:.....  
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE: .....  
ÓRGÃO EXPEDITOR: ..... DATA EXPEDIÇÃO: .....  
CPF:.....DATA NASCIMENTO: .....  
NATURALIDADE:.....NACIONALIDADE:.....  
FILIAÇÃO – PAI:.....MÃE:.....  
DOMICÍLIO:.....BAIRRO:.....  
CIDADE: .....UF:.....CEP: .....  
E-MAIL: .....  
TELEFONES PARA CONTATO:.....  
PERÍODO VIGENTE:.....

A **FUNDAÇÃO DR. JOÃO PENIDO BURNIER**, localizada em Campinas, estado de São Paulo, na Rua Dr. Mascarenhas, nº 249, Bairro Botafogo, inscrita no CNPJ 46.064.283/0001-36, neste ato representada nos termos previstos em seu Contrato Social.

O trabalho voluntário a ser desempenhado junto a esta Instituição, de acordo com a Lei n. 9.608 de 18/02/98 é atividade não remunerada, com finalidades educacionais, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

Declaro estar ciente da legislação específica e aceito atuar como Estagiário Observador Voluntário nos termos do presente Termo de Adesão. Minha permanência tem o custo de R\$ 300,00 por semana, destinado ao Centro de Estudos.

Campinas,..... de..... de .....

---

**VOLUNTÁRIO**

---

Dr. Kleyton Barella  
PRESIDENTE