



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Rondônia

TERMO DE ADESÃO DE VOLUNTÁRIO

Pelo presente Termo de Adesão, _____
_____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a)
da carteira de identidade nº _____, emitida por _____ em
_____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a)
_____,
(cidade) _____, (UF) _____, CEP nº _____, doravante
denominado **Voluntário e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**, entidade
pública criada e mantida pela União, vinculada ao Ministério da Saúde, por
intermédio de seu Escritório Fiocruz Rondônia, CNPJ **33.781.055/0066-80**, com
sede na Rua da Beira, 7.671, Bairro Lagoa, CEP **76.812-245**, Porto Velho-RO,
neste ato representada por seu Coordenador Jansen Fernandes Medeiros,
Biólogo, brasileiro Coordenador da Fiocruz Rondônia, RG Nº 2.662.156-8
SSP/AM, CPF nº 838.495.134-91, nomeado pela Portaria da Presidência nº
1109/2018-PR, da FIOCRUZ, acordam e assinam o seguinte instrumento com
as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Voluntário se compromete a realizar atividades de
Serviço Voluntário nos moldes permitidos pela Lei Federal nº 9.608/98, perante a
FIOCRUZ localizada em Porto Velho, declarando ter ciência plena e absoluta
quanto a todos os termos da Lei em comento, bem como das normas que regem
o Serviço Voluntário.

CLÁUSULA SEGUNDA: A prestação do Serviço Voluntário é atividade não
remunerada e não gera vínculo empregatício ou funcional com a FIOCRUZ, nem
quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.

SUBCLÁUSULA ÚNICA: Não será devida ao Voluntário qualquer remuneração ou pagamento por despesas que este tenha incorrido no exercício do Serviço Voluntário, as quais ficam expressamente vedadas por força deste termo.

CLÁUSULA TERCEIRA: O Voluntário, por sua livre escolha e decisão, dispõe-se a realizar Serviço Voluntário, comprometendo-se a observar as disposições estabelecidas para a execução da tarefa a que se propôs, bem como as normas e legislações aplicáveis à FIOCRUZ.

CLÁUSULA QUARTA: O Voluntário realizará as atividades em uma jornada de _____ horas por semana, de _____ à _____ (dias da semana), das _____ às _____ (horas), NO (Laboratório/Departamento/Setor) _____ sob responsabilidade do Supervisor _____ .

CLÁUSULA QUINTA: O presente Termo de Adesão vigorará de _____ (mês/ano) à _____ (mês/ano), cabendo a qualquer das partes rescindi-lo, sem prévio aviso, a qualquer momento.

Porto Velho-RO, ____ de _____ de 20__.

Voluntário

Supervisor

Coordenador Fiocruz RO

Testemunhas:

RG

CPF

RG

CPF