## FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO E VALIDAÇÃO DAS HORAS CUMPRIDAS

**PARTE 01: *A ser preenchida pelo(a) Estagiário(a)*** *–*

***\*\*\*\*\* (Ler com atenção e preencher com letra LEGIVEL) \*\*\*\*\****

## IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTAGIÁRIO(A)

Nome:

Matrícula: CPF:

RG: Ano/período: Turno: E-mail: Fone contato:

## IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

( ) Órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública ou departamentos jurídicos oficiais;

( ) Escritórios de Advocacia e afins.

## LOTAÇÃO DO ESTÁGIO

Unidade / Departamento Nome (legível) do Supervisor Cargo ou função do Supervisor Período de Estágio: Início: / /

Término: / / Carga horária semanal:

*.*

## ATIVIDADES REALIZADAS (MÍNIMO DE 10 PROCESSOS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÚMERO DO PROCESSO** | **VARA** | **ATIVIDADE REALIZADA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO:**
2. O presente estágio trouxe contribuição à sua formação profissional? ( ) sim ( ) não
3. Justifique a resposta acima quanto a:
   * relações interpessoais:
   * trabalho em equipe:
   * técnicas e procedimentos referentes à área:
   * contribuições para melhorias públicas:
   * possibilidade de efetivação:

Data: / /

Assinatura do(a) Estagiário(a):

# PARTE 02: A ser preenchida pelo Supervisor do Campo de Estágio

O que representou o estágio para a sua unidade?

A atividade programada foi desenvolvida pelo(a) estagiário(a): ( ) no todo ( ) em parte

De que forma?

A integração do estagiário(a) no campo de estágio ocorreu:

( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca

De que forma?

Critérios para avaliação do Supervisor no campo do Estágio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MB | B | R | I |
| *Assiduidade* |  |  |  |  |
| *Criatividade* |  |  |  |  |
| *Iniciativa* |  |  |  |  |
| *Responsabilidade* |  |  |  |  |
| *Conduta* |  |  |  |  |
| *Domínio do conhecimento técnico* |  |  |  |  |
| *Domínio de habilidades necessárias ao desempenho das atividades programadas* |  |  |  |  |

*(MB= muito bom / B= bom / R= regular ou I= insuficiente)*

Assinatura do Supervisor de Estágio

*(orgãos públicos e escritórios conveniados a OAB/PE apenas assinatura do responsável com carimbo)*

*(escritórios não conveniados a OAB/PE precisam de reconhecimento de assinatura em cartório)*

(*Ciente*) Assinatura do(a) Estagiário(a)

***( \* )*** *Caso haja alteração de supervisão durante o período do estágio, o(a) aluno(a) deve formalizar a mudança junto ao NPJ UNINASSAU GRAÇAS e anexar o referido documento a este formulário*