

## TERMO DE ADESÃO

### AS PARTES

São partes neste termo, de um lado como voluntário \_\_\_\_\_  
e de outro como beneficiário ASSOCIAÇÃO AMIGOS DO HOSPITAL REGIONAL DR. HOMERO DE  
MIRANDA GOMES.

### DA NATUREZA

O presente termo de adesão refere-se à oferta de serviços pelo voluntário ao beneficiário, nos termos da lei nº 9.608 de fevereiro de 1998, ficando expressamente declarado pelo dito voluntário que a presente oferta exclui qualquer vínculo trabalhista bem como locação de serviços nos termos da Lei Civil.

### DO OBJETO

O objeto do trabalho voluntário consiste em, orientar pacientes e acompanhantes que aguardam atendimento, aliviar a estada de pacientes e acompanhantes, com visitas de voluntários nos quartos. Auxiliar na arrecadação de fundos para suprir as necessidades básicas dos pacientes e acompanhantes carentes, tais como: material de higiene pessoal, roupas, fraldas descartáveis, aparelho de barbear, etc.

### DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

São condições específicas:

Local de Atividades: HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES

Horários: Das \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ às : \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Dias de Plantão: \_\_\_\_\_

### INEXISTÊNCIA DE ÔNUS

O voluntário aqui compromissado não implica em qualquer ônus para o BENEFICIÁRIO, eis que o VOLUNTÁRIO presta colaboração espontânea, movido pelo altruísmo, conhecendo os termos e o espírito da Lei supracitada, estando pois vedados quaisquer pagamentos, honorários *nu* “pro-labore”, não cabendo, portanto, quaisquer direitos ou encargos previstos na legislação trabalhista.

### REEMBOLSO DE DESPESAS

As despesas de reembolso previstas no artigo 3º. e seu parágrafo da Lei 9.608 de IB de fevereiro de 1998 constarão de resolução da Diretoria, Regimento do BENEFICIÁRIO.

### INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

O VOLUNTÁRIO declara repelir qualquer vínculo obrigacional de natureza e direito comum com o BENEFICIÁRIO, relacionando-se com o mesmo exclusivamente no campo da colaboração, nos precisos termos da Lei 9.608.

### DA COORDENAÇÃO

O trabalho do VOLUNTÁRIO será coordenado por indivíduo ou unidade designados pelo BENEFICIÁRIO.

### FORMALIZAÇÃO

O VOLUNTÁRIO declara conhecer, respeitar e cumprir as normas que regem o BENEFICIÁRIO bem como as normas referentes ao presente Termo de Adesão.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

Testemunha 1:

Testemunha 2:

Nome: .....

Nome: .....

Endereço: .....

Endereço: .....

R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### Beneficiário:

**AAMHOR** - Associação Amigos do Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes  
C.N.P.J.:01 .349.17210001-38 - São José /SC