Termo de Rescisão ao Termo de Convênio firmado entre a Prefeitura do MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – P.M.S.P. – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – S M A D S E A ORGANIZAÇÃO

AÇÃO COMUNITÁRIA SENHOR SANTO CRISTO

DISTRITO: CIDADE TIRADENTES

SAS CIDADE TIRADENTES

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV - Modalidade: CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 14 ANOS E 11 MESES

A Prefeitura da Cidade de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, com sede na cidade de São Paulo, Rua Líbero Badaró, 569 – Centro, inscrita no CNPJ sob o n° 60.269.453/0001-40, doravante designada simplesmente **SMADS**, neste ato representada pelo(a) Sr(a) ANGELA REGINA DE OLIVEIRA, Supervisora de Assistência Social da SAS CIDADE TIRADENTES, e a organização sem fins lucrativos **AÇÃO COMUNITÁRIA SENHOR SANTO CRISTO,** inscrita no CNPJ sob o n° **57.854.473/0001-73,** titular da matrícula/credenciamento em SMADS sob o registro n° **06.80,** inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro n.º **273/2012,** com sede na **R. SANTO RIZZO, 120,** distrito: **CIDADE TIRADENTES,** REGIÃO **CIDADE TIRADENTES,** neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente, Sr.(a) **Marcos Antonio da Silva,** portador(a) da Cédula de Identidade RG n° e do Registro no CPF-MF n°  **,** doravante designada simplesmente **CONVENIADA**, resolvem **RESCINDIR** o Termo de Convênio n.° **041/SMADS/2010, a partir de 22/07/2015.**

E, por estarem de acordo, firmam o presente termo de rescisão em 04 (quatro) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo identificadas.

São Paulo, 31 de julho de 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANGELA REGINA DE OLIVEIRASupervisor(a) |  | **Marcos Antonio da Silva**Presidente |
| **SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SAS** CIDADE TIRADENTES  |  |  |

TESTEMUNHAS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. (nome) |  | 2.(nome) |
| R.G. n.º: |  | R.G. n.º: |

Extrato publicado no D.O.C. em / /2015