****

**ATESTE DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SAS** |  |  |  |
| **NOME DA OSC** |  |
| **NOME FANTASIA** |  |
| **TIPOLOGIA** |  |
| **EDITAL** |  |
| **Nº PROCESSO DE CELEBRAÇÃO** |  |
| **Nº TERMO DE COLABORAÇÃO** |  |

**ATESTO**, nos termos do parágrafo 1º do artigo 71 da Instrução Normativa nº 03/SMADS/2018, que a prestação do serviço: (nome da tipologia/nome fantasia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, TC nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, referente ao período de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, está sendo realizada conforme Plano de Trabalho aprovado e nas condições pactuadas no referido Termo de Colaboração.

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Carimbo e assinatura do Gestor da Parceria*