

**TERMO DE RESCISÃO  
AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 300/SMADS/2019  
Processo SEI nº 6024.2019/0003774-0**

**Termo de Rescisão ao Termo de Colaboração firmado entre a Prefeitura do  
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – P.M.S.P. – SECRETARIA MUNICIPAL DE  
ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SMADS E A ORGANIZAÇÃO DA  
SOCIEDADE CIVIL – OSC ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE IRMÃ IDELFRANCA**

**DISTRITO: PENHA**

**SAS PENHA – SAS/PE**

**TIPO DE SERVIÇO: SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES – SAICA NOSSA SENHORA DA PENHA**

**MODALIDADE: XXXX**

A PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, inscrita no CNPJ sob nº 60.269.453/0001-40, localizada na Rua Líbero Badaró, 425 – 35º, 36º e 37º andar – Centro, doravante denominada simplesmente SMADS, neste ato representado pelo(a) Sr(a). **MARCIA DO NASCIMENTO SELES**, Supervisora de Assistência Social **PENHA – SAS/PE**, conforme delegação prevista no artigo 2º, inciso VI da IN 03/SMADS/2018, com redação alterada pela IN nº 01/SMADS/2019 e a Organização da Sociedade Civil: **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE IRMÃ IDELFRANCA**, inscrita no CNPJ nº **02.537.887/0001-87**, titular da certificação em SMADS sob o nº **25.485**, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS-SP sob o nº **311/2012**, com sede na **RUA EDALBERTO DOS SANTOS, 30** - distrito **JARDIM HELENA**, Subprefeitura **SÃO MIGUEL PAULISTA** neste ato representada pelo(a) seu(sua) Presidente (ou representante legal), Senhor(a) **CRISTOVÃO DE OLIVEIRA**, RG nº **15.674.850-2**, CPF nº **042.785.928-09**, denominada simplesmente **OSC PARCEIRA**, resolvem **RESCINDIR** o Termo de Colaboração nº **300/SMADS/2019**, a partir de **30/11/2022**.

E, por estarem de acordo com as cláusulas e conduções ajustadas, firmam o presente termo de RESCISÃO a colaboração em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo identificadas.

São Paulo, 27 de 09 de 20 22

  
\_\_\_\_\_  
**MARCIA DO NASCIMENTO SELES**

Supervisor(a)

  
**SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
PENHA – SAS/PE**

  
\_\_\_\_\_  
**CRISTOVÃO DE OLIVEIRA**

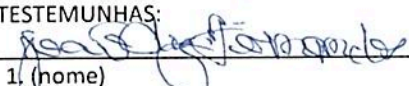
Presidente ou Representante Legal

RG nº **15.674.850-2**  
CPF nº **042.785.928-09**

TESTEMUNHAS:


1. (nome)

R.G. nº:

  
\_\_\_\_\_  
**João Luiz Fernandes**  
RF **595.175.5**  
**SMADS/ SAS PE**

2. (nome)

R.G. nº:

  
\_\_\_\_\_  
**Tais Souza de Santana**  
RF **793.291.0**  
**SMADS/SAS PE**

Extrato publicado no D.O.C. em 29/09/2022