**DELIBERAÇÃO DO(A) SUPERVISOR(A)**

Considerando a delegação contida no art. 184, §1º da Instrução Normativa 02/SMADS/2024 e a solicitação da OSC: \_\_\_\_\_\_\_, acompanhada da documentação necessária, **DELIBERO** pelo APOSTILAMENTO ao Termo de Colaboração nº \_\_\_\_/SMADS/\_\_\_\_, referente à: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme hipótese prevista pelo art. 184 da Instrução Normativa 02/SMADS/2024, lavrando o referido termo de Apostilamento.

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

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

**NOME DO(A) SUPERVISOR(A)**

Supervisor de Assistência Social

SAS-XX

Este termo tem por objetivo alterar o Termo de Colaboração acima mencionado, para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sem alteração do valor de repasse mensal, nos termos do artigo 184 da Instrução Normativa 02/SMADS/2024, considerando os documentos inseridos *(código SEI)* e a deliberação do(a) Supervisor(a) da Supervisão de Assistência Social da SAS-XX, mediante as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

Passa a constar como GÊNERO DOS USUÁRIOS atendidos no serviço como segue:

* Gênero dos usuários: \_\_\_ vagas masculinas e \_\_\_ femininas, totalizando \_\_\_ vagas

Passa a constar como NOME FANTASIA do serviço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passa a constar como ENDEREÇO DA SEDE DA OSC parceira como segue:

* Endereço da sede da OSC: \_\_\_\_\_\_\_\_ *(descrever endereço completo inclusive com distrito e Prefeitura Regional)*

Passa a constar como FONTE ORÇAMENTÁRIA como segue:

* Fonte: Municipal – R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_; Estadual – R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Federal – R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fica prorrogado o prazo para prestação de contas da verba de implantação até \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_.

Fica ALTERADO o valor do custo \_\_\_\_\_\_\_\_ *(direto ou indireto)* anteriormente autorizado, sem alteração do valor da parceria como segue:

* Valor total do Custo Direto: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_
* Valor total do Custo Indireto: R$ \_\_\_\_\_\_
* Valor total da parceria R$ \_\_\_\_\_

Fica(m) \_\_\_\_\_\_\_\_ *(INCLUÍDO(S) OU EXCLUÍDO(s))* o(s) seguinte(s) item(ns) do custo indireto anteriormente autorizado, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(sem alteração do ou alterando o)* valor deste tipo de custo como segue:

* Valor total do Custo Direto: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_
* Valor total do Custo Indireto: R$ \_\_\_\_\_\_
* Valor total da parceria R$ \_\_\_\_\_

Fica \_\_\_\_\_\_\_\_ (INCLUÍDO OU EXCLUÍDO) o número do CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nº do CNPJ)* referente à \_\_\_\_\_\_\_\_ *(Matriz ou Filial)*, que corresponde ao mesmo CNPJ utilizado para abertura de contas específicas para a parceria.

Fica alterado o horário de funcionamento do serviço como segue:

* De: das \_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_ horas
* Para: das **\_\_\_\_\_\_\_** às **\_\_\_\_\_\_\_** horas

**CLÁUSULA SEGUNDA**

Ficam mantidas e inalteradas as demais disposições do Termo de Colaboração citado acima.

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

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

**NOME DO(A) SUPERVISOR(A)**

Supervisor de Assistência Social

SAS-XX

Extrato publicado no D.O.C. em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/24