

## Relatório Circunstanciado de Atividades

### IDENTIFICAÇÃO ÓRGÃO GESTOR

**Órgão Gestor:** Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS da Prefeitura Municipal de São Paulo

**Titula da Pasta:** Secretário Municipal Carlos Bezerra Jr.

**Telefone:** (11) 3291-9772

**E-mail:** [carlosbezerrajr@prefeitura.sp.gov.br](mailto:carlosbezerrajr@prefeitura.sp.gov.br)

### IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (OSC)

**Organização da Sociedade Civil Parceira:** *Nome da OSC em questão*

**CNPJ:** *00.000.000./0000-XX*

**Endereço:** *Matriz/Sede*

**Telefone:** *(11) 0 0000 - 0000*

**E-mail:** *Email institucional*

**Nome do responsável legal:** *(Presidente)*

**RG do responsável legal:**

**CPF do responsável legal:**

**Possui remuneração pela OSC?**

**Valor de remuneração:**

**Cargo na entidade:**

**Serviço de destino:** *Nome da tipologia (tipo de serviço e/ou modalidade a que se destina o recurso)*

**Número do Termo de Colaboração da Parceria:** *Se houver, XXXX/SMADS/20XX*

**Supervisão de Assistência Social de Abrangência:** *SAS NOME*

**Região:** *NORTE/SUL/LESTE/OESTE/CENTRO*

**Distrito de instalação do serviço/programa/projeto:** *Nome do distrito*

**Endereço do serviço/programa/projeto contemplado:** *Endereço específico do serviço*

**Telefone do serviço/programa/projeto contemplado:** *(11) 0 0000 - 0000*

**E-mail do serviço/programa/projeto contemplado:** *Email institucional do serviço*

**Nome do responsável técnico pelo serviço/programa/projeto:** *Nome do/a profissional responsável técnico*

**Perfil do Público Alvo/Beneficiário:** *Adolescentes/Adolescentes e Jovens/Crianças e Adolescentes/Crianças e Adolescentes em situação de Trabalho Infantil/ Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência/Beneficiários de Programas de Transferência de Renda e Benefícios Eventuais/Indivíduos e Famílias em situação de vulnerabilidade/Gestantes, Mães e Bebês/Homens e Mulheres Transexuais/Jovens/Idosos/Imigrantes/Mulheres/Mulheres Vítimas de Violência/População em Situação de Rua (DEIXAR APENAS O PERFIL CONTEMPLADO E EXCLUIR O RESTANTE)*

**Quantidade Total de Pessoas/Famílias Atendidas/Beneficiadas pela Emenda:** *XXX (Número)*

**Relatório Circunstanciado do Projeto xxxxxxxxxxxxxx (mencionar o período a que se refere)****Dados quantitativos quanto ao previsto e executado**

Capacidade de Atendimento	Número de Atendidos	Número de Desligamentos

**Caracterização do Serviço**

(tipologia e modalidade do serviço, legislação que regulamenta o serviço, público alvo, perfil, periodicidade da prestação do serviço, principais atividades realizadas impacto das atividades realizadas na vida dos atendidos)

**Infraestrutura do Serviço**

(quantidade de cômodos – salas de atendimento, quartos, brinquedoteca, refeitório, cozinha etc.

**Recursos Humanos envolvidos:**

CARGO	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRAÇÃO	CARGA HORÁRIA

**Atividades Desenvolvidas**

(metodologia aplicada, comparativo entre o antes e depois da utilização dos recursos, resultados alcançados. Anexar: fotos, pesquisa de satisfação, depoimento de usuário)

Datar e assinar.