

ANEXO II – PORTARIA 16/SMADS/2018



TERMO DE ADITAMENTO:  
AO TERMO DE CONVÊNIO/COLABORAÇÃO:  
PROCESSO N°

**INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DA COLABORAÇÃO**

TIPO DE SERVIÇO:  
TOTAL DE VAGAS OFERECIDAS:  
ORGANIZAÇÃO MANTENEDORA:  
NOME DO SERVIÇO:  
ENDEREÇO DO SERVIÇO: CEP:  
DISTRITO:  
SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO:  
REPASSE MENSAL: R\$  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:  
FONTE MUNICIPAL: R\$  
FONTE ESTADUAL: R\$  
FONTE\_FEDERAL  
**VIGÊNCIA DA COLABORAÇÃO: DE A**

A Prefeitura da Cidade de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, com sede na cidade de São Paulo na Rua Líbero Badaró, 569 – Centro, inscrita no CNPJ sob o n° 060.269.453/0001-40, doravante designada simplesmente **SMADS**, neste ato representada pelo(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, Supervisora de Assistência Social – \_\_\_\_\_, e a organização sem fins lucrativos \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob n° \_\_\_\_\_, titular da matrícula/credenciamento em SMADS sob o registro n° \_\_\_\_\_, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro n. \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, distrito: \_\_\_\_\_, REGIÃO: \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade **RG n.º** \_\_\_\_\_ e do Registro no **CPF-MF n°** \_\_\_\_\_, doravante designada simplesmente **OSC PARCEIRA**, resolvem, **a partir de** \_\_\_\_\_, ADITAR o Termo de Colaboração em referência, de acordo com as cláusulas que seguem:

**CLÁUSULA 1ª** - O prazo de vigência da Colaboração de que se trata fica prorrogado até \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA 2ª** – A **despesa total do presente Aditamento no valor de R\$** \_\_\_\_\_, onera a dotação orçamentária de código n° \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA 3ª** - Permanecem inalteradas as demais condições anteriormente ajustadas.

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

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de 2018.

**Supervisora**

SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
\_\_\_\_\_

**Presidente**

**RG n.º** \_\_\_\_\_

**CPF-MF n°** \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

1. (nome)  
R.G. n.º:

2.(nome)  
R.G. n.º:

Extrato publicado no D.O.C. em / /2018