

ANEXO I



TERMO DE ADITAMENTO: XXX/SMADS/2018 AO TERMO DE CONVÊNIO/COLABORAÇÃO: XXX/SMADS/20XX

PROCESSO N°

A Prefeitura da Cidade de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, com sede na cidade de São Paulo, à Rua Líbero Badaró, 569 – Centro, inscrita no CNPJ sob o n° 60.269.453/0001-40, doravante designada simplesmente **SMADS**, neste ato representada pelo(a) Sr.(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Supervisor(a) de Assistência Social – SAS XXXXXXXXXXXX, e a Organização da Sociedade Civil XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, inscrita no CNPJ sob n° XXXXXXXXXXXX, titular da certificação em SMADS sob o registro n° XX.XXX, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro n.º XXXX/XXXX, com sede na XXXXXXXXXXXX, distrito: XXXXXX, Prefeitura Regional: XXX, neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente XXXXXXXXXXXX, portador(a) da Cédula de Identidade **RG n.º XX.XXX.XXX-X** e do Registro no **CPF-MF n.º XXX.XXX.XXX-XX**, doravante designada simplesmente **CONVENIADA/OSC PARCEIRA**, resolvem, **no período de 17/05/2018 a XX/XX/2018**, ADITAR o convênio/colaboração identificado no preâmbulo, como segue:

CLÁUSULA 1ª - Conforme estabelecido no Decreto 56.102/2015, Portaria PREF 328 de 11/05/2018 e Portaria 19/SMADS/2018, ficam acrescidas vagas para acolhimento na ocorrência de baixas temperaturas conforme segue:

I – Nome do Serviço:

II – Nome Fantasia:

III – Número de vagas acrescidas:

IV – Local de Atendimento às vagas aditadas:

V – Valor per capita/dia: R\$

VI – Valor total do período:

CLÁUSULA 2ª – A presente despesa onera a dotação orçamentária de código n° XXXXXXXXXXXX

CLÁUSULA 3ª - A prestação de contas referente às vagas aditadas na Plano de Contingência para Situação de Baixas Temperaturas considerará devidos os valores per capita respectivos por pessoa acolhida, por dia de funcionamento do serviço, de acordo com os dados registrados no SisAtendimento e/ou mediante o monitoramento do técnico.

CLÁUSULA 4ª - 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, xx de maio de 2018.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Supervisora

**SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL - SAS XXXXXXXXX**

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Presidente

RG n.º XX.XXX.XXX-X

CPF-MF n.º XXX.XXX.XXX-XX

TESTEMUNHAS:

1. (nome)

R.G. n.º:

2.(nome)

R.G. n.º:

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