

**PORTARIA SMADS nº 04, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2019.**

**ANEXO II**



**TERMO DE ADITAMENTO:  
AO TERMO DE COLABORAÇÃO:  
PROCESSO Nº**

**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: R\$  
**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 nº 060.269.453/0001-40, doravante designada simplesmente **SMADS**, neste ato representada pelo(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, Supervisora de Assistência Social – \_\_\_\_\_, e a Organização da Sociedade Civil: \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, titular da matrícula/credenciamento em SMADS sob o registro nº \_\_\_\_\_, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro nº. \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, distrito: \_\_\_\_\_, Subprefeitura: \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º \_\_\_\_\_ e do Registro no CPF-MF nº \_\_\_\_\_, 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 parceria 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 nº \_\_\_\_\_.

**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 2019.

**Supervisora**

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

**Presidente**

**RG n.º** \_\_\_\_\_

**CPF-MF nº** \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
1. (nome)  
R.G. n.º:

\_\_\_\_\_  
2.(nome)  
R.G. n.º:

Extrato publicado no D.O.C. em / /2019