

ANEXO II
TERMO DE ADITAMENTO xxx/20xx
AO TERMO DE CONVÊNIO: xxx/SMADS/20xx
PROCESSO Nº xxxx.x.xxx.xxx.x

INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DO CONVÊNIO

TIPO DE SERVIÇO:		
TOTAL DE VAGAS OFERECIDAS:		
ORGANIZAÇÃO MANTENEDORA:		
NOME DO SERVIÇO (nome fantasia):		
TIPO DE IMÓVEL:		
ENDEREÇO	DO	SERVIÇO:
CEP:		
DISTRITO:		
SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO DA SAS:		
REPASSE MENSAL: R\$		
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:		
FONTE XXXXXXXX: R\$		
VIGÊNCIA DO CONVÊNIO: 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, Rua Líbero Badaró, 569 – Centro, inscrita no CNPJ sob o nº 60.269.453/0001-40, doravante designada simplesmente **SMADS**, neste ato representada pelo(a) Sr(a) _____, Supervisor(a) de Assistência Social da SAS _____ e a Organização da Sociedade Civil _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, titular da matrícula/credenciamento em SMADS sob o registro nº _____, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro n.º _____, com sede na _____, nº _____, distrito: _____, PREFEITURA REGIONAL: _____, neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente, Sr.(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e do Registro no CPF-MF nº _____, doravante designada simplesmente **CONVENIADA**, resolvem **a partir de** ____/____/____, ADITAR o Termo de Convênio/Colaboração em referência, de acordo com as cláusulas que seguem:

CLÁUSULA 1ª: - Fica REDUZIDO o valor de **R\$** _____ referente à imunidade de encargos sociais – 1 % referente ao repasse para o PIS, totalizando o valor de repasse mensal para a execução do serviço o valor de **R\$** _____, alterando-se o Demonstrativo de Custeio do Serviço, que é parte integrante deste Termo de Aditamento, independente de sua transcrição.

CLÁUSULA 2ª - Permanecem inalteradas as demais condições anteriormente ajustadas.

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

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Supervisor(a)
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL – SAS _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Presidente
R.G.:
C.P.F.:

TESTEMUNHAS:

1. (nome)
R.G. nº:

2. (nome)
R.G. nº:

Extrato publicado no D.O.C. em ____ / ____ /20____