

ANEXO II



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

INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DO CONVÊNIO

TIPO DE SERVIÇO:
TOTAL DE VAGAS OFERECIDAS:
ORGANIZAÇÃO MANTENEDORA:
NOME DO SERVIÇO:
ENDEREÇO DO SERVIÇO: cep:
DISTRITO:
SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO: SAS
REPASSE MENSAL: R\$
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:
FONTE MUNICIPAL: 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 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 – SAS _____, 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.º _____, 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.º** _____, doravante designada simplesmente **CONVENIADA**, resolvem, **a partir de** __/__/2018, ADITAR o Termo de Convênio/Colaboração em referência, de acordo com as cláusulas que seguem:

CLÁUSULA 1ª - O prazo de vigência do convênio de que se trata fica prorrogado até _____, completando o prazo de 60 (sessenta) meses conforme legislação vigente.

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 04 (quatro) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo identificadas.

São Paulo, de _____ de 2017.

Supervisora
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –
SAS _____

Presidente
RG n.º _____
CPF-MF n.º _____

TESTEMUNHAS:

1. (nome)
R.G. n.º:

2.(nome)
R.G. n.º:

Extrato publicado no D.O.C. em / / 2017