



SÃO PAULO URBANISMO
Núcleo de Gestão de Contratos

Rua Líbero Badaró, 504, 16º. Andar - Bairro Centro - São Paulo/SP - CEP 01008-906
Telefone: 11-3113-7500

TERMO DE ADITAMENTO

TERMO DE ADITAMENTO 01 AO CONTRATO Nº 032/SP-URB/2022

PROCESSO Nº 7810.2022/0000279-3

CONTRATANTE: SÃO PAULO URBANISMO – SP-URBANISMO

CONTRATADA: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA

OBJETO DESTE TERMO: Prorrogação de prazo contratual

Pelo presente instrumento particular, de um lado a **SÃO PAULO URBANISMO – SP-Urbanismo**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 43.336.288/0001-82, com sede nesta Capital na Rua Líbero Badaró, nº 504, 16º andar, neste ato representada por seu Presidente, **Sr. Pedro Martin Fernandes** e por seu Diretor Administrativo e Financeiro, **Sr. Waldir Agnello**, ao final assinados, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 00.856.424/0001-52, com sede na Avenida Vereador José Diniz, nº 3.300, 18º andar, Campo Belo, São Paulo/SP, CEP 04604-006, neste ato representada pelo Gerente Executivo Técnico, **Sr. Juliano Tadeu Jacinto** e pelo CLO – Chief Legal Officer, **Sr. Roberto Miller Machado Torres**, conforme seus estatutos, ao final assinados, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, firmam o presente Termo de Aditamento, conforme Resolução DAF nº 24/2024 (sei 107421242) e Despacho Autorizatório (sei 107494881), bem como cláusulas abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO

1.1. O objeto do presente aditamento consiste na prorrogação da vigência contratual por um **período de 24 (vinte e quatro) meses**, a partir de 02/08/2024.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR CONTRATUAL

2.1. Em decorrência da prorrogação da vigência do contrato, fica estabelecido para o período aditado, o **PREÇO UNITÁRIO MENSAL POR USUÁRIO** de R\$ 51,83 (cinquenta e um reais e oitenta e três centavos), importando no **valor mensal** de R\$ 7.255,93 (sete mil, duzentos e cinquenta e cinco reais e noventa e três centavos), perfazendo um **valor total** de R\$ 174.142,32 (cento e setenta e quatro mil, cento e quarenta e dois reais e noventa e três centavos).



2.2. As despesas decorrentes do presente aditamento correrão por conta dos recursos próprios, indicados nas Notas de Empenho nº 228/2024 e nº 229/2024, a qual onerará a dotação orçamentária nº 05.10.15.122.3024.2100.3.3.90.39.00.09.1.501.9001.0, respeitando-se o princípio da anualidade orçamentária.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas do contrato, naquilo que não colidam com o presente aditamento.

E, por se acharem justas e contratadas, firmam as partes o presente contrato em 02 (duas) vias de idêntico conteúdo e forma, ante as testemunhas a seguir assinadas.

São Paulo, 30 de julho de 2024.

PELA SPURBANISMO:

PEDRO MARTIN FERNANDES: Assinado de forma digital por PEDRO MARTIN FERNANDES: [Redacted] Dados: 2024.08.02 18:14:23 -03'00'

PEDRO MARTIN FERNANDES
Presidente

WALDIR AGNELLO: Assinado de forma digital por WALDIR AGNELLO: [Redacted] Dados: 2024.08.02 16:24:30 -03'00'

WALDIR AGNELLO
Diretor Administrativo e Financeiro

CONTRATADA:

CINTIA FABIANO DA SILVA CAVALIERI Assinado de forma digital por CINTIA FABIANO DA SILVA CAVALIERI Dados: 2024.08.01 17:26:15 -03'00'



JULIANO TADEU JACINTO
Gerente Executivo Técnico



ROBERTO MILLER MACHADO TORRES
CLO – Chief Legal Officer

TESTEMUNHAS:

Documento assinado digitalmente
DAYANA DE SIQUEIRA DALBELO
Data: 01/08/2024 16:52:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1) _____

Assinado de forma digital por NIVALDETE SANCHES CASADO DE JESUS: [Redacted] Dados: 2024.08.01 16:58:56 -03'00'

2) _____

Referência: Processo nº 7810.2022/0000279-3

MARC BUJNICKI ZABLITH

Assinado digitalmente por MARC BUJNICKI ZABLITH
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC OAB, OU=43419613000170, OU=Presencial, OU=Assinatura Tipo A3, OU=ADVOGADO, CN=MARC BUJNICKI ZABLITH
Razão: Eu revisei este documento
Localização: São Paulo
Data: 2024.08.01 17:49:49-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

SEI nº 107709246



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 522B6946F35A4D7696941169D876F428

Status: Concluído

Assunto: Complete with DocuSign: TA 01 - Prorrogação - INPAO.pdf

Envelope fonte:

Documentar páginas: 2

Assinaturas: 2

Certificar páginas: 6

Rubrica: 0

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:

Carolina Andrada

Alameda Mamoré, 687

12º andar

Barueri, SP 06454-040

carolina.andrada@inpao.com.br

Endereço IP: [REDACTED]

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Carolina Andrada

Local: DocuSign

30/07/2024 16:15:06

carolina.andrada@inpao.com.br

Eventos do signatário

Juliano Tadeu Jacinto

jjacinto@careplus.com.br

Gerente Executivo Técnico

Care Plus

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

CPF do signatário: [REDACTED]

Cargo do Signatário: Gerente Executivo Técnico

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Roberto Miller Machado Torres

rmiller@careplus.com.br

CLO - Procurador

Care Plus

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

CPF do signatário: [REDACTED]

Cargo do Signatário: CLO – Chief Legal Officer

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 22/12/2020 18:31:37

ID: aa088c95-47b1-4b68-9dca-c696b1961be7

Assinatura

DocuSigned by:

[REDACTED]

1A20D8A654D24E3...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: [REDACTED]

Registro de hora e data

Enviado: 30/07/2024 16:20:52

Visualizado: 30/07/2024 16:42:11

Assinado: 30/07/2024 16:42:34

DocuSigned by:

[REDACTED]

918369DE565A442...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: [REDACTED]

Enviado: 30/07/2024 16:42:37

Reenviado: 01/08/2024 08:30:26

Visualizado: 01/08/2024 13:52:53

Assinado: 01/08/2024 15:27:58

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/07/2024 16:20:52
Entrega certificada	Segurança verificada	01/08/2024 13:52:53
Assinatura concluída	Segurança verificada	01/08/2024 15:27:58
Concluído	Segurança verificada	01/08/2024 15:28:00
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA. poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA. conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA. durante o curso do meu relacionamento com você.