

**TERMO ADITIVO Nº 001/2017**

**AO**

**TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/AHM/2012**

**PROCESSO Nº:** 2011-0.205.146-9

**CONVENENTE:** AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

**CNPJ:** 04.995.603/0001-21

**CONVENIADA:** **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**

**CNPJ:** 61.699.567/0002-73

**ANUENTE:** PMSP – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CNPJ:** 46.392.148/0001-10

**OBJETO DO CONVÊNIO:** Prestação de serviços para manutenção do desenvolvimento das ações relativas à assistência médica ambulatorial **AMA nos Hospitais Municipais: Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Dr. Alexandre Zaio, Dr. Cármino Caricchio, Dr. José Soares Hungria, Dr. Arthur Ribeiro de Saboya e Prof. Dr. Waldomiro de Paula**, unidades de saúde pertencentes à Autarquia Hospitalar Municipal.

**VALOR MENSAL:** **R\$ 14.426.547,33** (quatorze milhões, quatrocentos e vinte e seis mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e três centavos)

**VALOR TOTAL:** **R\$ 43.279.641,99** (quarenta e três milhões, duzentos e setenta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e noventa e nove centavos)

**OBJETO DO ADITAMENTO:** **PRORROGAÇÃO** do prazo de vigência do Termo de Convênio nº **001/AHM/2012** no período de **90** (noventa) dias, a partir de **01/01/2018**.

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** **01.10.10.302.3003.2.507.33.50.39.00**



Aos vinte e três dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete, na Rua Frei Caneca, nº 1398/1402 – Consolação – CEP 01307-002 – São Paulo/SP, compareceram de um lado, a **AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL**, CNPJ/MF sob o nº 04.995.603/0001-21, neste ato representado por seu Superintendente, **WILSON MODESTO POLLARA**, portador do RG nº [REDACTED] e CPF nº [REDACTED], doravante denominada **CONVENENTE**, e do outro lado, a **ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA – SPDM**, inscrita no CNPJ nº 61.699.567/0002-73, com sede na Rua Napoleão de Barros, nº 715, Vila Clementino, CEP 04024-002, São Paulo/SP, neste ato, representada pelo **PROF. DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, portador do RG nº [REDACTED] e CPF/MF nº [REDACTED] doravante denominada **CONVENIADA**, e a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SMS**, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob nº 46.392.148/0001-10, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, **WILSON MODESTO POLLARA**, portador do RG nº [REDACTED] e CPF nº [REDACTED] doravante designada como **ANUENTE**, perante as testemunhas abaixo assinadas, para o fim especial de assinarem o presente **Termo Aditivo nº 001/2017 ao Convênio nº 001/AHM/2012**, tendo por base as disposições contidas na Lei Federal nº 8.666/93, demais normas aplicáveis, conforme autorização contida no processo administrativo nº 2011-0.205.146-9, e na conformidade das seguintes cláusulas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO

1.1 Fica **PRORROGADO** o Termo de Convênio nº 001/AHM/2012 por **90 (noventa) dias**, a partir de **01/01/2018**.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DOS VALORES

2.1. O Plano de Trabalho para o exercício de 2018 está orçado em **R\$ 43.279.641,99 (quarenta e três milhões, duzentos e setenta e nove mil, seiscentos e quarenta e um reais e noventa e nove centavos)**, onerando a dotação orçamentária **01.10.10.302.3003.2.507.33.50.39.00**.

2.2. O desembolso se dará em **03 (três) parcelas mensais** e sucessivas no valor de **R\$ 14.426.547,33** (quatorze milhões, quatrocentos e vinte e seis mil, quinhentos e quarenta e sete reais e trinta e três centavos).



Ficam mantidas e inalteradas as demais cláusulas do Termo de Convênio nº **001/AHM/2012**, no que não colidirem com o presente Termo.

E do que ficou convencionado, foi lavrado o presente Termo em **03 (três) vias** de igual teor, que lido e achado conforme entre as partes, vai por elas juntamente com as testemunhas assinadas.



**PROF. DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**  
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM  
CONVENIADA



**WILSON MODESTO POLLARA**  
Autarquia Hospitalar Municipal – AHM  
CONVENENTE



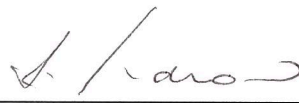
**WILSON MODESTO POLLARA**  
Secretaria Municipal da Saúde – SMS  
ANUENTE

**Testemunhas:**



**NOME:** JAQUELINE ROSA E SILVA

**CPF:** [REDACTED]



**NOME:**

**CPF:** [REDACTED]

