**INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DO CONVÊNIO**

TIPO DE SERVIÇO: SCFV - MODALIDADE CCA: CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ATENDIMENTO DE 06 A 14 ANOS E 11 MESES

TOTAL DE VAGAS OFERECIDAS: 180

ORGANIZAÇÃO MANTENEDORA: UNAS - UNIÃO DE NÚCLEOS, ASSOCIAÇÕES DOS MORADORES DE HELIÓPOLIS E REGIÃO

NOME DO SERVIÇO: PARCEIROS DA CRIANÇA

ENDEREÇO DO SERVIÇO: RUA PRIMAVERA BRASILEIRA, 18 - HELIÓPOLIS cep: 04235-220

DISTRITO: SACOMÃ

SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO: SAS IPIRANGA

REPASSE MENSAL: R$ **47.400,47**

DOTAÇAO ORÇAMENTÁRIA: 93.10.08.243.3013.6206.3.3.50.39.00.0X - OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS - CRIANÇAS, ADOLESCENTES, JOVENS E IDOSOS

FONTE MUNICIPAL: R$ **32.446,98**

FONTE ESTADUAL: R$ **14.953,49**

**VIGÊNCIA DO CONVÊNIO: DE 01/07/2013 A 30/06/2018**

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) EDNA DIVA MIANI SANTOS, Supervisora de Assistência Social – SAS IPIRANGA, e a organização sem fins lucrativos **UNAS - UNIÃO DE NÚCLEOS, ASSOCIAÇÕES DOS MORADORES DE HELIÓPOLIS E REGIÃO**, inscrita no CNPJ sob n° **38.883.732/0001-40**, titular da matrícula/credenciamento em SMADS sob o registro n°  **10.470,** inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social sob registro n.º **862/2010**, com sede na **R. DA MINA CENTRAL, 38,** distrito**: SACOMÃ**, REGIÃO: **IPIRANGA**, neste ato representada pelo(a) seu(sua) presidente  **Antonia Cleide Alves**, portador(a) da Cédula de Identidade **RG n.°**  do Registro no **CPF-MF n° ,** doravante designada simplesmente CONVENIADA, resolvem, **a partir de 01/07/2015,** ADITAR o Termo de Convênio em referência, de acordo com as cláusulas que seguem:

**CLÁUSULA 1ª** - O prazo de vigência do convênio de que se trata fica prorrogado até **30/06/2018**, completando o prazo de 60 (sessenta) meses, nos termos da 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, 15 de junho de 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EDNA DIVA MIANI SANTOS**  **Supervisora** |  | **Antonia Cleide Alves**  Presidente |
| SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SAS IPIRANGA |  |  |

TESTEMUNHAS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. (nome) |  | 2.(nome) |
| R.G. n.º: |  | R.G. n.º: |

Extrato publicado no D.O.C. em / /2015