



1º TERMO ADITIVO

(Prorrogação Vigência Contratual e Reajuste de Valor pelo Índice IPCA)

Contratante: MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL

Contratada: CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA

Referência: Contrato nº 46/2024 - Pregão Eletrônico nº 09/2024

Processo Administrativo Eletrônico nº: 5179/2025

Pelo presente Termo de Acréscimo, o **MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 46.634.473/0001-41, com sede na Rua Tenente de Almeida, nº 265, Centro, Pilar do Sul – SP, denominada simplesmente **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Ilustre Prefeito **Sr. CLAYTON ÁLVARO MACHADO**, brasileiro, casado, relações públicas, portador da Cédula de Identidade RG nº 28.xxx.xxx-6, inscrito no CPF sob nº 309.xxx.xxx-45, residente e domiciliado à Rua Tenente Almeida, nº 464 – Centro, em Pilar do Sul, Estado de São Paulo, e a empresa **CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 00.856.424/0001-52, com sede na Av. Vereador José Diniz, nº. 3.300, 18º Andar, bairro Campo Belo, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo **Sr. JULIANO TADEU JACINTO**, inscrito no CPF sob nº 275.xxx.xxx-44, e pelo **Sr. ROBERTO MILLER MACHADO TORRES**, inscrito no CPF sob nº 314.xxx.xxx-56, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem entre si ajustado o presente Termo de Aditamento, mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1ª – Fica aditado o contrato original em sua **Cláusula 1.1 (Do Objeto)**, para reajustar por sinistralidade, o **Item 01**, que passa a viger conforme tabela a seguir:

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT. MENSAL (ESTIMADA)	MESES	VALOR UNIT. R\$ (POR BENEFICIÁRIO) POR SINISTRALIDADE	VALOR TOTAL R\$ (ANUAL)
01	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AOS SERVIDORES PÚBLICOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR DO SUL/SP E DEPENDENTES INTERESSADOS	990	12	12,00	142.560,00

CLÁUSULA 2ª - Fica aditado o contrato original em sua **Cláusula 3.1 (Do Valor)**, para constar o valor global do contrato de **R\$ 142.560,00 (cento e quarenta e dois mil, quinhentos e sessenta reais)**.

CLÁUSULA 3ª - Fica aditado o contrato original em sua **Cláusula 6.1 (Do Prazo)**, para prorrogar a **vigência por mais 12 (doze) meses, a contar de 12 de julho de 2025**, com base no art. 106, da Lei 14.133/21.

CLÁUSULA 4ª – Do Tratamento dos Dados Pessoais: O tratamento de dados pessoais deve obedecer às disposições legais vigentes, nos moldes da Lei 13.709/2018 (LGPD), visando dar efetiva proteção e sigilo aos dados de pessoas naturais que possam identificá-las ou torná-las identificáveis.

§ 1º O tratamento de dados pessoais se dará, para fins de utilização de soluções necessárias quando da execução da prestação de serviço.

§ 2º As partes cooperarão entre si no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos Titulares previstos na LGPD e nas Leis e Regulamentos de Proteção de



Dados em vigor e também no atendimento de requisições e determinações do Poder Judiciário, Ministério Público e Órgãos de controle.

CLÁUSULA 5^a - Elegem o Foro da comarca de Pilar do Sul, para solução de quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

E, por estarem assim justas e Contratadas, assinam, **DIGITALMENTE**, o presente instrumento, para que surta seus efeitos legais.

Pilar do Sul - SP, 10 de julho de 2025.

CLAYTON ÁLVARO MACHADO
Prefeito Municipal
Contratante

MILENA GUEDES C. P. DOS SANTOS
Secretaria Gestora Jurídica de Controle de
Legalidade, Licitacões e Tributos (SEGJUR)

FÁBIO DE DEUS CAMARGO
Secretário Gestora da Fazenda Municipal
(SEGFAZ)

FABRIZIA DINIZ OLIVEIRA
Secretária de Administração e Recursos
Humanos (SARH)

JULIANO TADEU JACINTO

CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA
Contratada

0103000505A462
ROBERTO MILLER MACHADO TORRES

JULIANO TADEU JACINTO

CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA

Contratada

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 51028795-B30B-4421-A2F8-196D5360C084

Status: Concluído

Assunto: Complete com o Docusign: 1º Termo aditivo - MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL - Renovação e Reajuste.pdf

Envelope fonte:

Documentar páginas: 2

Assinaturas: 2

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 6

Rubrica: 0

Carolina Silva

Assinatura guiada: Ativado

Selo com EnvelopeID (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Alameda Mamoré, 687

12º andar

Barueri, SP 06454-040

casilva4@inpao.com.br

Endereço IP: 147.161.128.199

Rastreamento de registros

Status: Original

10/07/2025 17:25:24

Portador: Carolina Silva

casilva4@inpao.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Assinatura

Registro de hora e data

Juliano Tadeu Jacinto



Enviado: 10/07/2025 17:29:21

ID: 275.392.388-44

Cargo do Signatário: Gerente Executivo Técnico

jjacinto@careplus.com.br

Gerente Executivo Técnico

Care Plus

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

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 187.93.239.210

Visualizado: 10/07/2025 17:34:53

Assinado: 10/07/2025 17:36:03

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP-Brasil

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

CPF do signatário: 27539238844

Cargo do Signatário: Gerente Executivo Técnico

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através da Docusign

Roberto Miller Machado Torres

ID: 314.334.438-56

Cargo do Signatário: Diretor Jurídico | Chief Legal

Officer

rmiller@careplus.com.br

CLO

Care Plus

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



Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 67.159.227.74

Enviado: 10/07/2025 17:36:07

Reenviado: 11/07/2025 12:10:35

Visualizado: 11/07/2025 13:41:54

Assinado: 11/07/2025 13:42:59

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP-Brasil

Emissor da assinatura: AC OAB G3

CPF do signatário: 31433443856

Cargo do Signatário: Diretor Jurídico | Chief Legal Officer

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

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

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

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	10/07/2025 17:29:21
Entrega certificada	Segurança verificada	11/07/2025 13:41:54
Assinatura concluída	Segurança verificada	11/07/2025 13:42:59
Concluído	Segurança verificada	11/07/2025 13:43:02
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 enviamos 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.



PREFEITURA DE PILAR DO SUL
RUA TEN ALMEIDA
PILAR DO SUL - CEP - 18.185-000
(15) 3278-9700



CÓDIGO DE ACESSO
CE969C465A1A42449421F2077A5E302C

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://pilardosul.flowdocs.com.br:2096/public/assinaturas/CE969C465A1A42449421F2077A5E302C>