



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 02 AO CONTRATO Nº 032/SP-URB/2022

PROCESSO Nº 7810.2022/0000279-3

CONTRATANTE: SÃO PAULO URBANISMO – SP-URBANISMO

CONTRATADA: CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA

OBJETO DESTE TERMO: Alteração da Razão Social

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 de Gestão Corporativa, **Sr. Waldir Agnello**, ao final assinados, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa **CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA**, inscrita 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 Parecer de PRE-GJU (sei 116870213), bem como cláusulas abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL

1.1. Fica alterada a denominação da Razão Social da Sociedade Empresária "INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA", a qual passa a ser "**CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA**", mantendo-se inalterados os demais dados cadastrais.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. 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 instrumento, assinado digitalmente, ante as testemunhas a seguir assinadas.

São Paulo, 02 de janeiro de 2025.

PELA SPURBANISMO:

PEDRO MARTIN FERNANDES: Assinado de forma digital por PEDRO MARTIN FERNANDES: [Redacted] Dados: 2025.01.13 18:48:16 -03'00'

PEDRO MARTIN FERNANDES
Presidente

WALDIR AGNELLO: Assinado de forma digital por WALDIR AGNELLO: [Redacted] Dados: 2025.01.08 17:59:04 -03'00'

WALDIR AGNELLO
Diretor de Gestão Corporativa

CONTRATADA:

AMANDA DALLMANN COSTA Assinado digitalmente por AMANDA DALLMANN COSTA [Redacted] Data: 2025.01.08 10:27:28 -03'00'

DocuSigned by: *Juliano Tadeu Jacinto*
1A20D8A654D24E3...
JULIANO TADEU JACINTO
Gerente Executivo Técnico

DocuSigned by: *Roberto Miller Machado Torres*
918369DE565A442...
ROBERTO MILLER MACHADO TORRES
CLO – Chief Legal Officer

CINTIA FABIANO DA SILVA CAVALIERI Assinado de forma digital por CINTIA FABIANO DA SILVA CAVALIERI [Redacted] Dados: 2025.01.08 16:00:06 -03'00'

TESTEMUNHAS:

Lislie Pipino Rodrigues
CPF: [Redacted]

1) DocuSigned by: *Lislie Rodrigues*
86E6BFCE292F43C...

2) **DAYANA DE SIQUEIRA DALBELO:** Assinado de forma digital por DAYANA DE SIQUEIRA DALBELO: [Redacted] Dados: 2025.01.07 13:40:21 -03'00'



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 61547432-73C1-4091-AA26-00752BCDB049
 Assunto: Complete com o Docusign: TA 02 - Alteração Razão Social - CARE PLUS.pdf
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 2
 Certificar páginas: 6
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Gabriela Farias
 Alameda Mamoré, 687
 12º andar
 Barueri, SP 06454-040
 gaferreira1@inpao.com.br
 Endereço IP: 189. [REDACTED]

Rastreamento de registros

Status: Original
 03/01/2025 09:05:15

Portador: Gabriela Farias
 gaferreira1@inpao.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Juliano Tadeu Jacinto
 jjacinto@careplus.com.br
 Gerente Executivo Técnico
 Care Plus
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:

 1A20D8A654D24E3...
 Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189. [REDACTED]

Registro de hora e data

Enviado: 03/01/2025 09:07:46
 Visualizado: 03/01/2025 09:49:56
 Assinado: 03/01/2025 09:50:03

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Não oferecido através do DocuSign

Lislíe Rodrigues
 lislíe.rodrigues@inpao.com.br
 Inpao
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 86E6BFCE292F43C...
 Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189. [REDACTED]

Enviado: 03/01/2025 09:07:47
 Visualizado: 03/01/2025 10:56:26
 Assinado: 03/01/2025 10:56:35

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Aceito: 03/10/2024 15:28:31
 ID: 0cbc87ce-0191-4a1a-a79b-de8bc8b8130d

Roberto Miller Machado Torres
 rmiller@careplus.com.br
 CLO - Estatutário
 Care Plus
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 918369DE565A442...
 Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189. [REDACTED]

Enviado: 03/01/2025 09:07:47
 Reenviado: 03/01/2025 14:54:45
 Reenviado: 06/01/2025 07:44:10
 Visualizado: 06/01/2025 08:37:07
 Assinado: 06/01/2025 08:37:12

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	03/01/2025 09:07:47
------------------	------------------------	---------------------

Entrega certificada	Segurança verificada	06/01/2025 08:37:07
---------------------	----------------------	---------------------

Assinatura concluída	Segurança verificada	06/01/2025 08:37:12
----------------------	----------------------	---------------------

Concluído	Segurança verificada	06/01/2025 08:37:12
-----------	----------------------	---------------------

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.