

2º TERMO ADITIVO
(Prorrogação Vigência Contratual e Reajuste de Valor)

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: **4709/2026**

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 n.º 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 Alameda Mamoré, n.º 687, Andar 12, Conjuntos 1201, 1202, 1203, 1204 – Anexo Parte, bairro Alphaville Centro Industrial e Empresarial/Alphaville, na cidade de Barueri, Estado de São Paulo, neste ato representado pela **Sra. SOLANGE APARECIDA MORETTO**, inscrita no CPF sob nº 262.xxx.xxx-42, 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 vigor conforme tabela a seguir:

ITEM	DESCRIÇÃO	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	17,00	201.960,00

CLÁUSULA 2ª - Fica aditado o contrato original em sua **Cláusula 3.1 (Do Valor)**, para constar o valor global do contrato de **R\$ 201.960,00 (duzentos e um mil, novecentos 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 2026**, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR DO SUL

PAÇO MUNICIPAL PREFEITO JOÃO URIAS DE MOURA

RUA TENENTE ALMEIDA, 265 - CENTRO - CEP 18.185-000 - TEL/FAX 15. 3278-9700 - CENTRO - PILAR DO SUL - SP

www.pilardosul.sp.gov.br

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

CLÁUSULA 5ª - 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 agosto de 2026.

CLAYTON ÁLVARO MACHADO
Prefeito Municipal
Contratante

MARCELLO ALCKMIN DE CARVALHO
Secretário Gestor Jurídico

HAMILTON LORENÇATTO
Secretário Gestor da Fazenda Municipal

FABRIZIA DINIZ OLIVEIRA
Secretária de Administração e Recursos Humanos

SOLANGE APARECIDA MORETTO ROBERTO MILLER MACHADO TORRES
CARE PLUS ODONTOLOGIA ASSISTENCIAL LTDA
Contratada





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



CÓDIGO DE ACESSO
170D2ED789F04AD487DCF14DD862605D

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

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

- ✓ Assinante: HAMILTON LORENCATTO em 10/08/2026 15:26:04
CPF:***.***.538-07
Certificadora: MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL - CA
- ✓ Assinante: FABRIZIA DINIZ OLIVEIRA em 10/08/2026 16:09:24
CPF:***.***.898-03
Certificadora: MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL - CA
- ✓ Assinante: MARCELLO ALCKMIN DE CARVALHO em 11/08/2026 08:52:18
CPF:***.***.678-04
Certificadora: MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL - CA
- ✓ Assinante: CLAYTON ALVARO MACHADO em 13/08/2026 13:39:55
CPF:***.***.448-45
Certificadora: MUNICÍPIO DE PILAR DO SUL - CA

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://pilardosul.flowdocs.com.br:2096/public/assinaturas/170D2ED789F04AD487DCF14DD862605D>

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: E8845BB8-841F-8CDA-8367-F4A51A500C0B

Status: Concluído

Assunto: Complete com o Docusign: 2º Termo aditivo - Pilar do Sul - Reajuste e Renovação

Envelope fonte:

Documentar páginas: 3

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 Silva

Alameda Mamoré, 687

12º andar

Barueri, SP 06454-040

casilva4@inpao.com.br

Endereço IP: 170.85.18.185

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Carolina Silva

Local: DocuSign

20/08/2026 12:20:24

casilva4@inpao.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Solange Aparecida Moretto

smoretto@careplus.com.br

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

Assinado por:



2AF39514A02F491...

Enviado: 20/08/2026 12:25:20

Visualizado: 20/08/2026 16:59:17

Assinado: 20/08/2026 16:59:30

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 170.85.22.104

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 20/08/2026 16:59:17

ID: b41d57cc-178a-4ef4-8832-8ffedada9cac

Roberto Miller

rmiller@careplus.com.br

Diretor Jurídico / CLO

Care Plus

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

Assinado por:



918369DE565A442...

Enviado: 20/08/2026 16:59:31

Reenviado: 21/08/2026 14:00:08

Visualizado: 22/08/2026 07:54:48

Assinado: 22/08/2026 07:54:53

Adoção de assinatura: Imagem de assinatura carregada

Usando endereço IP: 136.226.82.179

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

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	20/08/2026 12:25:20
Entrega certificada	Segurança verificada	22/08/2026 07:54:48
Assinatura concluída	Segurança verificada	22/08/2026 07:54:53
Concluído	Segurança verificada	22/08/2026 07:54:53

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.