



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE CAPIVARI/SP
CAPIVARIPREV**

Rua Tiradentes, 650, Centro CEP 13360-097 Capivari/SP

☐ Fones: (19) 3492 3012 / 3492 3578

e-mail: beneficio@capivariprev.com.br

**TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA
PREVIDENCIÁRIA Nº 03/2025.**

Termo aditivo ao contrato, entre o **INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAPIVARI**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 67.165.936/001-43, situada na **Rua Tiradentes, 650 – BAIRRO Centro – CIDADE Capivari/SP**, neste ato representado pelo seu Diretor Presidente, o Sr. **Aginaldo Aparecido Tempesta**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.671.107-7 – e do CPF sob o nº 102.051.748-41, neste ato denominado de **CONTRATANTE, ABCPREV GESTÃO E FORMAÇÃO PREVIDENCIARIA LTDA**, inscrita no CNPJ-MF sob o nº 16.778.036/0001-30, com endereço na Av. Príncipe de Gales, nº 71, Vila Príncipe de Gales, na Cidade de Santo André, denominada (o), neste ato de **CONTRATADO (A)**, consoante o que dispõe a Lei 8.666/93, nos termos que seguem:

CONSIDERANDO que o contrato principal firmado entre as partes acima identificadas, tem por objeto a contratação de empresa especializada em prestação de serviços de Assessoria Previdenciária ao Instituto de Previdência Municipal de Capivari.

CONSIDERANDO que os serviços contratados devem ser mantidos permanentemente, enquadrando-se a hipótese do disposto no Artigo 57, Inciso II, da Lei 8.666/93;

CONSIDERANDO que a prorrogação do contrato o preço inicialmente contratado será reajustado de acordo com a Cláusula (5) Quinta, 5.2.1 do Contrato em vigor, é vantajosa à Administração Pública.

RESOLVEM: as partes ampliar o prazo e valor do contrato principal, nos seguintes termos:

CLAUSULA PRIMEIRA: Com a prorrogação do contrato, os preços serão reajustados pelo índice IPC-FIPE, no percentual de 3,7049%, ficando o valor mensal em R\$ 6.139,64 (seis mil cento e trinta e nove reais e sessenta e quatro centavos).

1.1. Passados 12 (doze) meses da data de publicação do contrato, o seu valor poderá ser recomposto, alcançando a data da apresentação da proposta e aplicando-se o IPC-FIPE acumulado no período, a requerimento da Contratada, aplicando-se o mesmo critério na eventual prorrogação de que dispõe a cláusula segunda do presente termo.

1.2. A Administração poderá suprimir ou acrescer o objeto do contrato em até 25% (vinte e cinco por cento) do seu valor inicial atualizado, a critério exclusivo, de acordo com o disposto no art. 65, I e § 1º, da Lei Federal nº 8.666/93.

CLAUSULA SEGUNDA: O prazo do presente contrato será de 12 (doze) meses, compreendido no período de 11/04/2025 a 10/04/2026, sem interrupção sendo certo que poderá ser renovado por períodos



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE CAPIVARI/SP
CAPIVARIPREV**

Rua Tiradentes, 650, Centro CEP 13360-097 Capivari/SP

☐ Fones: (19) 3492 3012 / 3492 3578

e-mail: beneficio@capivariprev.com.br

sucessivos de 12 (doze) meses, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57, da Lei 8.666/93, mediante Termo Aditivo.

CLAUSULA TERCEIRA: A publicação resumida do presente Termo Aditivo na imprensa será providenciada pelo **CONTRATANTE**, no prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir de sua celebração, para a produção de seus efeitos.

CLAUSULA QUARTA: Estabelecem que as demais cláusulas do contrato fiquem imutáveis ora ratificadas pelas partes, surtindo seus efeitos enquanto vigente o prazo fixado na cláusula anterior.

E, por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços por Tempo Determinado em caráter de excepcionalidade, em 03 (três) vias de igual teor, para que produzam seus jurídicos e legais efeitos, na presença de 02 (duas) testemunhas igualmente subscritas.

Capivari, 11 de abril de 2025.

INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAPIVARI.

AGNALDO APARECIDO TEMPESTA

Contratante

**ADRIANO ANTONIO
POSTAL:16587072810**

Assinado de forma digital por
ADRIANO ANTONIO
POSTAL:16587072810
Dados: 2025.04.08 15:48:41 -03'00'

ABCPREV GESTÃO E FORMAÇÃO PREVIDENCIÁRIA LTDA

ADRIANO ANTONIO POSTAL

Contratado

TESTEMUNHAS:

- 1) **Nome completo:** _____
RG nº: _____ CPF N° _____
Ass.: _____

- 2) **Nome completo:** _____
RG nº: _____ CPF N° _____
Ass.: _____