



## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO CRF/MT Nº 001/2021

### SELEÇÃO E CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA E/ OU OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR E PLANOS ODONTOLÓGICOS PARA CELEBRAÇÃO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO E PARCERIA

O presidente do **CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO-CRF/MT**, autarquia federal, inscrita no CNPJ 15.081.680/0001-92, órgão fiscalizador do exercício profissional, torna público, aos interessados, que realizará Chamamento Público nº 001/2021 para seleção e credenciamento de **Administradoras e/ ou Operadoras de Planos de Saúde para celebração de Acordos de Cooperação e Parceria**, conforme as condições estabelecidas neste Edital, aplicando-se, subsidiariamente, as normas da Lei nº 8.666/93.

#### 1. DO OBJETO

1.1. O presente chamamento público tem por objeto firmar Acordos de Cooperação e Parcerias com Administradoras e/ ou Operadoras de Planos de Saúde para **Oferta e Disponibilização de Planos de Saúde de Assistência Médica e Hospitalar e Planos Odontológicos, coletivos por adesão, com tabela de preços diferenciada**, em estrita observância dos termos do art. 116 e §§ da Lei Federal nº 8.666, de 23.06.1993, alterada pela Lei 8.883, de 08.03.1994, **para profissionais da farmácia devidamente registrados e regulares no CRF/MT, estendendo-se aos seus respectivos dependentes legais.**

#### 2. DAS CONDIÇÕES DE ADESÃO E PREÇOS DIFERENCIADOS

2.1. As Administradoras e/ ou Operadoras de Planos de Saúde e/ou Ondotológico interessadas, deverão apresentar condições especiais para adesões voltadas aos profissionais da farmácia registrados e regulares perante o Conselho, bem como, para seus dependentes legais, conforme descrição a seguir:

2.1.1. Em caso de Administradora a mesma deverá providenciar a adesão dos beneficiários, junto a operadora de plano de saúde e/ou ondotológico, conforme estes manifestarem seu interesse, **mediante condições diferenciadas de preços obtidos junto às respectivas operadoras.**

2.2. Para adesão aos planos de saúde e/ou ondotológico ofertados, o profissional da farmácia deverá comprovar, perante a Administradora e/ou Operadora, estar inscrito e sem débitos de qualquer natureza com o CRF/MT e que, não tenha sido penalizado por decisão transitada em julgado há menos de 5 (cinco) anos;

2.3. Caso o profissional da farmácia opte por incluir seus dependentes nos planos ofertados, este deverá comprovar junto a Administradora e/ ou Operadora, quem são seus dependentes legais através da apresentação de sua Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física - DAA e documentos indicando: Nome completo do dependente, CPF, RG, endereço completo e idade de cada um deles.

2.4. Os valores oriundos da adesão aos planos de saúde e/ou ondotológico, serão custeados pelos próprios beneficiários do plano, não existindo repasse de recursos financeiros entre as Administradoras e/ ou Operadoras e o CRF/MT;

2.5. Os preços diferenciados e condições especiais deverão ser aplicados no ato da adesão do beneficiário ao plano que for mais adequado de acordo a sua necessidade. Caberá ao profissional escolher a operadora de saúde que tenha as condições que melhor lhe atende.

2.6. No caso de o profissional da Farmácia já ser beneficiário de algum plano ofertado pela Administradora e/ ou Operadora interessada, prevalecerá aquele com melhores condições e menor custo, ressalvada a opção do profissional usuário.

2.7. As condições especiais não serão cumulativas com outras promoções e incidirá apenas e tão somente sobre a adesão e mensalidades praticadas pelas Administradoras e/ ou Operadoras interessadas.

#### 3. DA CONTRAPARTIDA

3.1 A contrapartida do CRF/MT para com as empresas se dará através da divulgação da marca da empresa nos meios de comunicação do CRF/MT, cuja base de dados é em torno de 4.700 (quatro mil e setecentos) profissionais registrados sendo 09 (nove) funcionários com inscrição no CRF/MT.

#### 4. DA MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA



- 4.1. O CRF/MT busca executar a sua atribuição legal de fiscalização preventiva e corretiva, oferecendo meios de fortalecimento e aperfeiçoamento do profissional da farmácia, ajudando-os no exercício de seu trabalho, possibilitando ainda, qualidade de vida e saúde.
- 4.2. O risco à saúde dos trabalhadores pode se dar por vários fatores, como a constante atenção e concentração exigidas e a elevada pressão por cumprimento de seu dever. Foi possível verificar que esses profissionais vivenciam, diariamente, situações de pressão, cobrança e estresse, e que se não forem controlados ao longo do tempo, podem afetar a sua saúde física e emocional.
- 4.3. Pensando nisso o CRF/MT despertou o interesse em estabelecer acordos de cooperação e parcerias com Administradoras e/ou Operadoras de Planos de Saúde para que os profissionais da farmácia, através das mesmas, possam obter melhores condições de adesão, variedades para escolha da opção mais adequada e tabelas de preços com descontos. A iniciativa pode ser vista também como uma forte estratégia de mercado num ambiente competitivo e altamente regulado como a área de Saúde, maximizando lucros, ampliando e perpetuando negócios.

## 5. DA SELEÇÃO E CREDENCIAMENTO

- 5.1. A seleção e credenciamento das Administradoras e/ou Operadoras serão realizadas através da análise do formulário de inscrição (Anexo I) e documentação comprobatória e de regularidade constante no item 9 deste edital;
- 5.1.1. Os documentos serão avaliados pela Comissão de Seleção previamente designada. Após análise e aprovação dos documentos, o credenciamento da Administradora e/ ou Operadora será efetivado por meio da assinatura do Acordo de Cooperação e Parceria, conforme modelo do Anexo II;
- 5.1.2. Decorrida a assinatura do Acordo, o CRF/MT iniciará a divulgação das Administradoras e/ou Operadoras de Planos de Saúde e/ou Ondotológico em seus meios de comunicação;
- 5.1.3. A Comissão de seleção avaliará o formulário, documentos e regularidade das interessadas e divulgará os resultados no site oficial do CRF/MT no prazo de até 60 (sessenta) dias úteis, contados a partir da data de recebimento ou protocolo dos documentos exigidos no item 9 deste edital.
- 5.1.4. Caso a Administradora e/ou Operadora interessada tenha alguma irregularidade, a mesma terá sua inscrição indeferida.

## 6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

- 6.1. As inscrições, seleção e credenciamento e parceria serão celebrados a título não oneroso e, portanto, não haverá, em hipótese alguma, quaisquer repasses de recursos oriundos das partes.

## 7. DOS CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO E CREDENCIAMENTO

- 7.1. Poderão participar desta seleção, quaisquer interessadas em oferecer planos de saúde e/ou ondotológico com melhores condições e preços diferenciados conforme citado no item 2.1 deste edital;
- 7.2. O presente Chamamento Público ficará com **inscrições abertas** no período **24 meses a contar da data da sua Publicação**, podendo, durante esse período, as empresas candidatarem-se para seleção, apresentando formulário de inscrição (Anexo I), tabela contendo todos os planos de saúde administrados, redes referenciadas, áreas de abrangência, coberturas e valores diferenciados de cada plano ofertado e toda a documentação exigida no item 9 deste edital.
- 7.3. Constituem impedimentos para participação:
- 7.3.1. Possuir em seu quadro societário, ou responsáveis, conselheiros, Diretores ou funcionários do CRF/MT e seus parentes por afinidades e consanguíneos até o terceiro grau;
- 7.3.2. Possui alguma irregularidade na documentação disposta no item 9 deste edital.

## 8. DA NÃO EXCLUSIVIDADE

- 8.1. A inscrição para a seleção do Chamamento Público não gera qualquer direito de exclusividade entre as partes.

## 9. DAS INSCRIÇÕES E APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

- 9.1. As interessadas deverão preencher e encaminhar o formulário de inscrição, conforme modelo (ANEXO I), impresso em papel timbrado, sem emendas ou rasuras, que prejudiquem sua inteligência e sua autenticidade, devidamente datado e assinado pelo representante legal, com identificação legível do(s) responsável(is).



9.2. Os seguintes documentos devem ser apresentados, juntamente com o Formulário de Inscrição (Anexo I):

9.2.1. Ato constitutivo (estatuto ou contrato social), acompanhado das alterações posteriores, no caso de inexistência de contrato consolidado, devidamente arquivado no Registro de Empresas, em se tratando de Sociedades Empresariais, ou acompanhado da ata arquivada da assembleia da última eleição da diretoria, no caso de Sociedade por Ações;

9.2.2. CPF e RG do(s) representante(s) legal(is), com poderes de representação devidamente comprovados seja pelo instrumento previsto no item 9.2.1 ou por meio de procuração com a respectiva cópia do documento de identificação anexa;

9.2.3. Comprovante de Inscrição do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, expedido pela Receita Federal do Brasil;

9.2.4. Certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) referente a Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

9.2.5. Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) perante ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

9.2.6. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas CNDT, expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho;

9.2.7. Certidão Negativa de Débitos Tributários com a Secretaria da Fazenda Estadual;

9.2.8. Certidão Negativa de Débitos Tributários com a Secretaria da Fazenda Municipal;

9.2.9. Registro ativo e regular junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

9.2.10. Declaração que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição Federal.

9.2.11. Tabela contendo todos os planos de saúde ofertados, redes referenciadas, áreas de abrangência, coberturas e tabela de preços diferenciadas de cada operadora de saúde para disponibilização de planos aos profissionais registrados no CRF/MT e seus dependentes.

9.3 Os documentos exigidos deverão ser apresentados em cópia simples ou cópia autenticada por cartório competente.

## 10. DO PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO

10.1. Os formulários e documentação serão analisados pela Comissão de Seleção do Chamamento Público, que concluirão pelo deferimento ou indeferimento das interessadas.

10.2. O protocolo de recebimento dos documentos não implicam na seleção da interessada, o que somente será efetuado após análise e aprovação dos formulários e documentação apresentada.

10.3. As inscrições que não atenderem às disposições constantes neste edital e/ou que não apresentem os documentos exigidos serão indeferidas.

10.4. Não serão considerados motivos para indeferimento da participação irregularidades materiais (erros de digitação, concordância verbal etc.) nas inscrições e documentação, desde que sejam irrelevantes.

10.5. A decisão de indeferir a inscrição da interessada dar-se-á por intermédio de comunicação por escrito por parte do CRF/MT.

10.6. A empresa que tiver o seu pleito indeferido poderá apresentar recurso, no prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da comunicação formal por parte do CRF/MT, conforme art. 59 da Lei 9.784/99.

10.7. A Comissão de Seleção do Chamamento terá o prazo de até 15 (quinze) dias úteis para analisar o recurso e manifestar sobre seu provimento.

10.8. Os recursos podem ser enviados para o e-mail: [compras@crfmt.org.br](mailto:compras@crfmt.org.br), contendo o assunto:

### Recurso

Chamamento Público nº 001/2021 – Administradora e/ ou Operadora de Planos de Saúde e Planos Odontológicos (explicando os motivos e/ou enviando documentação faltante, caso necessário).

10.9. Concluída a análise das inscrições e possíveis recursos, o CRF/MT firmará acordo de cooperação e parceria e fará a devida divulgação da Administradora e/ ou Operadora de Planos de Saúde e/ou Odontológico selecionadas através de seus meios de comunicação.

10.10. O formulário e documentos exigidos para inscrição deverão ser apresentados pela empresa interessada, em envelope lacrado e identificado da seguinte forma:

---

## À COMISSÃO DE SELEÇÃO CRF/MT



**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021 – PLANOS DE SAÚDE E PLANOS ODONTOLÓGICOS**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

---

**11. LOCAL DE ENTREGA**

11.1. A documentação deverá ser enviada via correios ou protocolizada na sede do CRF/MT localizada na Rua 04 S/N – CPA – Cuiabá/MT – CEP: 78.049-920.

**12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1. Quaisquer informações ou esclarecimentos relacionados a este procedimento, deverão ser encaminhados, por escrito, à Comissão de Seleção do Chamamento Público do CRF/MT no endereço da sede Rua 04 S/N – CPA – Cuiabá/MT – CEP: 78.049-920 ou através do e-mail: [compras@crfmt.org.br](mailto:compras@crfmt.org.br).

Cuiabá/MT, 16 de novembro de 2021

**IBERÊ FERREIRA DA SILVA JUNIOR**

Presidente do CRF/MT



(ANEXO I)  
**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

Razão Social:			
Nome fantasia (se houver):			
CNPJ:			
Endereço:			
Complemento:			
Bairro:		Cidade:	
Estado:	CEP:	Telefone fixo:	Telefone celular:
Nome do Responsável:			
Cargo:		E-mail:	
Data:		Assinatura:	



(ANEXO II)

**ACORDO DE COOPERAÇÃO E PARCERIA N° \_\_\_\_/2021**

ACORDO DE COOPERAÇÃO E PARCERIA ENTRE O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATOGROSSO – CRF/MT E NA FORMA ABAIXO.

**O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO - CRF/MT, Autarquia Federal**, com sede e foro nesta cidade de Cuiabá/MT, situado na Rua 04 S/N - CPA, inscrito no CNPJ sob o n° 15.081.680/0001 - 92, doravante denominado simplesmente CRF/MT, neste ato representado pelo seu Presidente, Farmacêutico Iberê Ferreira da Silva Junior, portador da carteira de identificação profissional ---- e CPF n° , no uso das atribuições e Empresa xxxxx, com sede e foro na cidade xxxxxx, Rua xxxxxxxx, inscrita no CNPJ sob o n° xxxxxxxxxx, doravante denominada PARCEIRA, representado por seu (cargo, nome, domicílio com CEP do representante legal), portador da carteira de identidade (número, órgão emissor e data de emissão) e CPF n° XXXXXXXX, designado pelo (entidade privada, especificar o ato de nomeação do representante legal e juntar cópia do Estatuto e da Ata de nomeação), resolvem celebrar o presente Acordo de Cooperação e Parceria sujeito às normas, no que couber, das Leis n° 8.666/93 e alterações posteriores, e legislação complementar pertinente, sob as cláusulas e condições seguintes.

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO**

1.1. O Objeto do presente acordo é firmar parcerias com Administradora e/ ou Operadora s e/ou Operadoras de Planos de Saúde para Oferta e Disponibilização de Planos de Saúde de Assistência Médica e Hospitalar e Planos Odontológicos, coletivos por adesão, com tabela de preços diferenciada, em estrita observância dos termos do art. 116 e §§ da Lei Federal n° 8.666, de 23.06.1993, alterada pela Lei 8.883, de 08.03.1994, para profissionais da farmácia devidamente registrados e regulares no CRF/MT, estendendo-se aos seus respectivos dependentes legais.

1.2. As condições especiais para adesão de profissionais da farmácia e seus respectivos dependentes legais, será regida por tabela diferenciada de valores dos planos de saúde ofertados.

1.3. As condições para adesão dos beneficiários se darão conforme descrição a seguir:

- a. Ser Farmacêutico ou Técnico em Análises Clínicas, devidamente registrados no CRF/MT, que não possua débito de qualquer natureza com o Conselho na data da realização da adesão ao Plano de Saúde e que não tenha sido penalizado por decisão transitada em julgado a menos de 05 (cinco) anos.
- b. Anualmente, o profissional da farmácia deverá obter, junto ao CRF/MT, Certidão Negativa de Débitos visando a comprovação, junto a Administradora e/ ou Operadora, de sua situação regular para manter o benefício.
- c. O profissional que optar por incluir dependentes aos planos, deverá comprovar quem são seus dependentes legais através de apresentação junto a Administradora e/ ou Operadora, da sua Declaração de Ajuste Anual de Imposto de Renda Pessoa Física – DAA, bem como nome completo, RG, CPF, endereço e idade de cada dependente.

1.4. O presente Acordo de Cooperação e Parceria não importa nenhuma transferência de recursos entre os parceiros.

1.5. Cada partícipe designará um coordenador, cujo nome será oficialmente comunicado por cada parte à outra, que ficará responsável pelo acompanhamento da execução mencionada neste Acordo e nos Termos Aditivos que vierem a ser celebrados.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES**

2.1. Caberá ao **CRF/MT**:

I - Divulgar, por seus meios de comunicação, o objeto deste acordo de cooperação e parceria;





a) Divulgar o nome da Empresa parceira e respectivos planos, condições para adesão e preços diferenciados, quando for o caso, no portal do CRF/MT;

b) Acompanhar o desenvolvimento dos compromissos pactuados.

## 2.2. Caberá a **empresa PARCEIRA**:

I - Exigir dos beneficiários a comprovação de inscrição junto ao CRF/MT, a certificação de regularidade perante o Órgão, bem como, comprovação de seus dependentes legais que porventura venham a ser incluídos em algum plano (Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física – DAA) e documentos exigidos na cláusula primeira, item 1.3, letra c) deste acordo;

II - Encaminhar ao CRF/MT a relação dos beneficiários que utilizaram os planos ofertados, fazendo constar o nome completo, o número do registro profissional, tipo do plano utilizado pelo mesmo e respectivos valores;

III - Não utilizar a marca, ou o nome do CRF/MT, a qualquer pretexto, sem autorização formal do Conselho;

IV – Apresentar aos beneficiários carteira de planos ofertados constando coberturas de cada plano, redes referenciadas, áreas de abrangência, condições para adesão e preços diferenciados para que o mesmo possa escolher a opção que melhor lhe atender;

V - Guardar sigilo sobre os dados cadastrais recebidos dos beneficiários, comprometendo-se a utilizar exclusivamente para fins a que se destina este acordo;

VI – Responsabilizar-se por assuntos operacionais tais como: negociações de reajustes, aplicações de mecanismos de regulação, alterações de redes assistenciais entre outras;

VII - Recepcionar as solicitações de movimentação cadastral dos beneficiários, enviando para as operadoras procederem e efetivarem inclusões e exclusões nos planos;

VIII - Disponibilizar aos beneficiários atendimento presencial e/ou por *call center* para que resolução de situações de cunho administrativo, bem como uma central de atendimento em horários comerciais nos dias da semana, com o objetivo de prestar assistência aos usuários;

IX - Zelar pela perfeita execução dos serviços, garantindo-os nos termos do Código do Consumidor.

2.3. Os ônus correspondentes aos preços aplicados aos profissionais da farmácia serão de exclusiva responsabilidade da Administradora e/ ou Operadora, assumindo total responsabilidade, inclusive perante a terceiros, ficando o CRF/MT isento de qualquer responsabilidade por possíveis danos relacionados à qualidade e disponibilização dos serviços.

2.4. Acelebração do presente Acordo de Parceria não gera nenhum vínculo de qualquer natureza entre os Parceiros.

2.5. A relação contratual existente entre a Administradora e/ ou Operadora e os beneficiários dos planos, fica adstrita aos mesmos, não cabendo ao CRF/MT nenhum vínculo, responsabilidade, solidariedade ou subsidiariedade pela falta de pagamento.

2.6. O presente Acordo de Parceria não importa nenhum ônus para o CRF/MT.

## 3. CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1. Este acordo, por si, não implica em compromissos financeiros entre os Parceiros.

3.2. Os valores dos planos de saúde ofertados poderão ser corrigidos anualmente obedecidos os critérios regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e os índices governamentais vigentes.

## 4. CLÁUSULA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES



4.1. Qualquer modificação, vedada a alteração do objeto, será estabelecida em Termo Aditivo, que se tornará parte integrante do presente instrumento, mediante a assinatura pelos representantes legais das Partícipes, para vigorar dentro do prazo de vigência deste Acordo de Cooperação.

## **5. CLÁUSULA QUINTA – PROPRIEDADE DOS RESULTADOS**

5.1. Caso resulte das atividades do presente Acordo, inventos, aperfeiçoamentos, inovações, marca, software, direitos autorais e outras criações intelectuais passíveis de proteção, nos termos da legislação Brasileira, das Convenções Internacionais de que o Brasil é signatário, os direitos relativos à propriedade intelectual pertencerão a ambos os Parceiros e serão objeto, em cada caso, de negociações, definindo-se o percentual de cada Parceiro, por ocasião da assinatura dos Termos Aditivos.

## **6. CLÁUSULA SEXTIMA – DO PESSOAL**

6.1. Os servidores e empregados de qualquer dos Parceiros, em decorrência da execução das atividades inerentes ao presente Acordo de Cooperação, não sofrerão quaisquer alterações nas suas vinculações com a entidade de origem, ficando, porém, sujeitas a observância dos regulamentos internos do local onde estiverem atuando.

6.2. Os Parceiros se isentam reciprocamente de toda e qualquer despesa de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou de outra natureza, embora não especificada, devida em decorrência, direta ou indireta, para com o pessoal da Parte que vier a ser contratado e/ou designado para atender o objeto do presente Acordo de Cooperação, não tendo os servidores/empregados de uma Parte qualquer vínculo empregatício com a outra Parte.

## **7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA DENÚNCIA E RESCISÃO**

7.1. O presente Acordo de Cooperação poderá ser denunciado por qualquer dos Parceiros desde que haja comunicação prévia e expressa ou rescindido por qualquer uma das Partes mediante notificação prévia e expressa, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Em caso de inadimplemento total ou parcial das responsabilidades assumidas, ou da paralisação das atividades constantes deste Acordo e seus termos aditivos, será o mesmo rescindido de pleno direito, independentemente de aviso judicial ou extrajudicial.

7.2. Nas hipóteses de denúncia ou rescisão os Parceiros obrigam-se a cumprir os compromissos e obrigações porventura pendentes, assumidos de conformidade com os instrumentos específicos por eles firmados .

7.3. A Administradora e/ ou Operadora garantirá a oferta e prestação dos serviços dos planos aos beneficiários, até o último dia da vigência deste acordo.

## **8. CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA**

8.1. Este Acordo de Cooperação e Parceria entrará em vigor na data de sua assinatura e vigorará por um período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, a critério das Partes.

8.2. Fica garantido os benefícios aos profissionais e seus dependentes, por todo o período da vigência deste Acordo de Cooperação e Parceria.

## **9. CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO**

9.1. A publicação resumida deste Acordo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pelo CRF/MT até o quinto dia útil do mês subsequente ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data, nos termos do parágrafo único do artigo 61, da Lei nº 8.666/93.

## **10. CLAÚSULA DECIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1. Cessará para a Administradora e/ ou Operadora do plano a obrigação do cumprimento do objeto deste Acordo de parceria, nos seguintes casos:

I - Rescisão da presente parceria;





- II - Falência ou concordata da Empresa;
- III- Cancelamento do registro do profissional da farmácia;
- IV - Débito de qualquer natureza do profissional da farmácia com o Conselho;
- V - Penalização do profissional da farmácia por decisão transitada em julgado, a menos de 05 (cinco) anos.

#### 11. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOFORO

11.1. As controvérsias surgidas na execução do presente acordo deverão ser resolvidas integralmente por via administrativa.

11.2. Caso, todavia, não se alcance solução, e como medida excepcional, as Partes elegem o Foro da Justiça Federal, da cidade de Cuiabá/MT, para dirimir qualquer dúvida ou litígio que porventura possa surgir da execução deste acordo de cooperação, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

11.3. E por concordarem as partes com o conteúdo e condições acima convencionadas, assinam as 02 (duas) vias originais deste documento.

Cuiabá/MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do  
Estado de Mato Grosso - CRF/MT

Nome do Responsável da Empresa  
Cargo do Representante Legal Parceiro

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
NOME  
RG

\_\_\_\_\_  
NOME  
RG