



## SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

### SUPERINTENDÊNCIA DE BENEFÍCIOS E ATENDIMENTO AO CIDADÃO

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

#### PROCESSO Nº: 2020/23000/002545 – SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

### 1. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 A SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, através da “SUPERINTENDÊNCIA DE BENEFÍCIOS E ATENDIMENTO AO CIDADÃO”, com fulcro na Lei nº 8.666/93 e suas alterações e na Lei Estadual nº 2.980/15, torna público o “Processo de Credenciamento de Farmácias e Drogarias do Estado do Tocantins” interessadas em firmar parcerias voltadas para a concessão de descontos na oferta de medicamentos e produtos diversos aos beneficiários do “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins”.

### 2. DO OBJETO

2.1 O presente Edital tem por objeto a implementação de um Programa de Parcerias entre o “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins” e Farmácias e Drogarias do Estado, visando proporcionar benefícios na aquisição de medicamentos e produtos diversos, com descontos compatíveis com a Carteira do Plano. Com isso, o Plano busca facilitar e baratear o custo das aquisições dos seus beneficiários, indo além do oferecimento do tratamento médico e hospitalar, uma vez que a aquisição e a administração correta dos medicamentos influenciam diretamente na saúde destes.





### 3. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1 O “Programa de Parcerias” de que trata este Edital será gerido pela Secretaria da Administração, através da “Superintendência de Benefícios e Atendimento ao Cidadão”;

3.2 Serão firmadas parcerias somente com Pessoas Jurídicas interessadas que atendam às condições estabelecidas neste Edital, sendo vedado o credenciamento de Pessoas Físicas;

3.3 Somente serão credenciadas as Empresas que:

I - estejam devidamente registradas nos órgãos competentes do segmento de Farmácias e Drogarias;

II - apresentem toda a documentação exigida neste Edital;

III - contenham em seus quadros funcionais, no mínimo, um profissional legalmente habilitado, com a devida qualificação técnica para responder pela Empresa;

IV - possuam infraestrutura tecnológica que contemple a comunicação com o sistema do Plano através de webservice, para validar os dados dos beneficiários no ato da compra dos medicamentos e produtos.

3.4 A falta de qualquer documento ou o descumprimento de qualquer exigência contida neste Edital inviabilizará a participação das Empresas interessadas em participarem do Processo de Credenciamento;

3.5 Não haverá um número pré-estabelecido de parcerias, podendo todo estabelecimento do ramo de Farmácias ou Drogarias participar do processo, desde





SGD: 2021/23009/004710

que atenda aos requisitos contidos neste Edital e no “Acordo de Parceria”, Anexo III deste Edital.

3.6. É vedada a participação de Empresas em forma de consórcios;

3.7 No caso de abertura de filiais de uma Empresa Credenciada, cujo proprietário seja o mesmo que firmou a adesão ao Programa, prevalecerão, automaticamente, as mesmas condições e requisitos contidos neste Edital e no “Acordo de Parceria”, Anexo II deste Edital.

#### 4. DAS INSCRIÇÕES

4.1 As inscrições no processo de credenciamento são gratuitas e poderão ser feitas a qualquer momento, a partir da data de publicação deste Edital, o qual se encontra disponível no site [servir.life](http://servir.life);

4.2 No ato da inscrição, as Empresas interessadas deverão informar os medicamentos, produtos e respectivos descontos oferecidos, preenchendo o “Formulário de Inscrição”, na forma do Anexo I deste Edital;

4.2.1 Os descontos oferecidos deverão ser baseados no Preço Máximo ao Consumidor – PMC;

4.3 A inscrição será realizada através do envio do “Formulário de Inscrição” e da documentação exigida para o e-mail [subenbeneficios@gmail.com](mailto:subenbeneficios@gmail.com), para análise por parteda Gestora do Programa.

#### 5. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CREDENCIAMENTO





## 5.1 HABILITAÇÃO

- I - Formulário de Inscrição devidamente preenchido;
- II - Registro comercial (Original ou cópia autenticada);
- III - Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor devidamente registrado (Original ou cópia autenticada).

## 5.2 REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a) Prova de inscrição no “Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas” do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
- b) Prova de regularidade perante o “Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS” (Certificado de Regularidade do FGTS – CRF);
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal (Tributos Federais e Dívida Ativa da União), abrangendo as Contribuições Previdenciárias Sociais, Estadual e Municipal do domicílio ou sede da Empresa Interessada, ou outra equivalente na forma da Lei;
- d) Declaração/Decisão Judicial, caso haja, comunicando a suspensão de encargos fiscais (IRRF, CSLL, COFINS e PIS/PASEP);
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, com a finalidade de comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

## 5.3 REGULARIDADE FINANCEIRA

- a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo Cartório Distribuidor





SGD: **2021/23009/004710**

da sede da pessoa jurídica, com data de, no máximo, 60 (sessenta) dias anteriores à publicação deste Edital, exceto se houver prazo de validade fixada na respectiva Certidão;

a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da Pessoa Jurídica, com data de, no máximo, 60 (sessenta) dias anteriores à publicação deste Edital, exceto se houver prazo de validade fixada na respectiva Certidão;

#### **5.4 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

a) Registro Profissional do técnico legalmente habilitado como responsável pela Empresa.

### **6. DO RESULTADO**

6.1 O resultado da análise e seleção das Empresas aptas ao Credenciamento será divulgado no site do Plano, no endereço servir.life, onde estarão classificadas por ordem decrescente de descontos oferecidos;

### **7. DA IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

7.1 Os descontos oriundos das parcerias firmadas são exclusivos aos servidores públicos estaduais e seus dependentes, inscritos no “Plano de Assistência à Saúde dos servidores Públicos do Estado do Tocantins”;

7.2 Para a obtenção dos descontos, o beneficiário deverá apresentar à Empresa Parceira, no ato da compra dos medicamentos e/ou produtos, o Cartão do Plano ou o número do mesmo e documento com foto, para validação;





SGD: 2021/23009/004710

7.3 A verificação e a validação do beneficiário se dará no ato da compra. Para tanto, o Plano disponibilizará um webservice para a consulta dos dados e informar se a pessoa analisada poderá obter ou não o desconto;

7.4 O webservice informará apenas se o solicitante está apto ou não para obter o desconto. Em momento algum serão repassados dados cadastrais dos servidores a qualquer Farmácia ou Drogaria Parceira.

## 8. DAS OBRIGAÇÕES DA GESTORA DO PROGRAMA

8.1 Promover a divulgação do Programa junto aos Órgãos e Entidades do Poder Executivo Estadual;

8.2 Proceder à análise e seleção das Empresas candidatas ao Credenciamento;

8.3 Firmar as parcerias, individualmente, com as Empresas aptas a participarem do Programa;

8.4 Acompanhar, controlar e fiscalizar a execução do Programa;

8.5 Disponibilizar webservice para fins de confirmação quanto à aptidão dos beneficiários aos descontos oferecidos pelas Empresas Parceiras;

8.6 Manter permanente articulação com as Empresas Parceiras e atualização constante das informações referentes às promoções oferecidas aos beneficiários do Plano;

8.7 Fazer verificações constantes junto às Empresas Parceiras para certificar o cumprimento das obrigações acordadas;

8.8 **NOTIFICAR** oficialmente as Empresas Parceiras que vierem descumprir com





suas obrigações;

8.9 Detectadas quaisquer irregularidades no ato da fiscalização, a Gestora do Programa poderá aplicar as sanções previstas no item 10 deste Edital.

## 9. DAS OBRIGAÇÕES DAS EMPRESAS PARCEIRAS

9.1 Terem como responsáveis pelas parcerias seus diretores ou proprietários registrados em cartório, ou terceiros munidos de procuração, mediante comprovação por meio de contrato social;

9.2 Manterem seus dados cadastrais sempre atualizados;

9.3 Concederem os descontos com base no PMC - Preço Máximo ao Consumidor;

9.4 Manterem os valores dos descontos pactuados até que seja solicitada uma nova pactuação ou a saída do Programa;

9.5 Possuírem a tecnologia necessária para acessar o sistema do Plano através de webservice, para fins de validação dos dados dos beneficiários quando da compra dos medicamentos e produtos;

9.6 Preservarem a integridade e confidencialidade dos dados dos beneficiários do Plano;

9.7 Possuírem, no mínimo, uma linha telefônica, para contato com os beneficiários do Plano.

## 10. DAS SANÇÕES





10.1 As Empresas Parceiras que deixarem de cumprir as normas vigentes neste Edital e no “Acordo de Parceria”, Anexo III deste Edital, ou oferecerem descontos abaixo do acordado serão retiradas do Programa após comunicado, por parte da Gestora do Programa com, no mínimo, 05 dias de antecedência;

10.2 As Empresas Parceiras que forem retiradas do Programa por descumprirem as normas só poderão retornar ao mesmo após um período de 06 (seis) meses.

## 11. DA VIGÊNCIA

11.1 A vigência das parcerias firmadas entre as partes terá o prazo de 12 meses, podendo ser prorrogada por igual período até o limite de 48 meses.

## 12. DO TÉRMINO DA PARCERIA

12.1 É responsabilidade exclusiva da Empresa Parceira, caso opte pelo término da parceria, **NOTIFICAR** oficialmente a Gestora do Programa, com 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de incorrer nas sanções previstas no item 10 deste Edital;

12.2 A Gestora do Programa poderá, a qualquer tempo, proceder ao término da parceria, por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após a celebração da parceria, que comprometam a Empresa Parceira no tocante à sua capacidade jurídica, técnica e fiscal ou postura ética e profissional.

## 13. DOS ANEXOS

13.1 Integram este Edital os seguintes Anexos:







**ANEXO I – Formulário de Inscrição**

**ANEXO II – Acordo de Parceria e Outras Avenças**

## 14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pelo Secretário de Estado da Administração;

14.2 Outras informações e disposições correlatas poderão ser obtidas na “Superintendência de Benefícios e Atendimento ao Cidadão – SUBEN”, pelo fone: 3218 - 1531 ou pelo endereço eletrônico [subenbeneficios@gmail.com](mailto:subenbeneficios@gmail.com).

Palmas-TO, 27 de janeiro de 2021.

*Assinatura Eletrônica*

**BRUNO BARRETO CESARINO**  
Secretário de Estado da Administração





## ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

		<b>PARCERIA FARMÁCIAS E DROGRARIAS</b>	
<b>EMPRESA PARTICIPANTE:</b>			
<b>Principal Área de Atividade:</b>		<b>CNPJ:</b>	
<b>Redes sociais:</b>		<b>Site:</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>Bairro:</b>	<b>Telefone:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado</b>	<b>E-MAIL:</b>
<b>DADOS PESSOA FÍSICA RESPONSÁVEL:</b>			
<b>Nome:</b>		<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Telefone:</b>
<b>DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS/PRODUTOS</b>		<b>DESCONTOS OFERECIDOS</b>	

Comprometo-me a conceder descontos, vantagens e serviços aos servidores públicos beneficiários do “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins”, no período de 02 anos, a contar desta data, ciente de que posso desistir da parceria a qualquer tempo, notificando antecipadamente, no prazo de 30 dias, a Secretaria de Estado da Administração.

Palmas, de de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável





## ANEXO II

### ACORDO DE PARCERIA E OUTRAS AVENÇAS

A SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO TOCANTINS – SECAD, CNPJ/MF nº 26.894.022/0001-36, sediada à quadra 104 SUL, RUA SE 07, LOTE 40, CEP: 77.020.022, em PALMAS – TO, neste ato representada por seu Secretário,

\_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, doravante denominada **GESTORA**, e do outro lado a **Farmácia / Drogeria** \_\_\_\_\_, **pessoa jurídica** de direito privado, com sede em \_\_\_\_\_, Estado do \_\_\_\_\_, na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, tendo como atividade econômica principal o comércio varejista de medicamentos e produtos farmacêuticos, representada neste ato por seu representante legal, abaixo assinado, doravante denominada **PARCEIRA**, firmam entre si o presente **ACORDO DE PARCERIA**, para proporcionar descontos em medicamentos e produtos diversos aos beneficiários do “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins”, o qual será regido pelo Edital de Chamamento Público nº....., de.....de.....de 2021 e o presente Acordo.

### CLAÚSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 A celebração da presente parceria entre o “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins” e a Farmácia / Drogeria \_\_\_\_\_ tem como finalidade proporcionar descontos na aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos aos beneficiários do Plano e seus dependentes.

### CLAÚSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1 Não haverá qualquer tipo de remuneração entre as partes, sendo apenas





SGD: 2021/23009/004710

oferecidos, pela **PARCEIRA**, descontos aos beneficiários do “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins”, quando da compra de medicamentos e produtos farmacêuticos;

2.2 No caso de abertura de filiais, cujo proprietário seja o mesmo que firmou este “Acordo de Parceria”, prevalecerão, automaticamente, as mesmas condições e requisitos contidos no mesmo eno EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021, de 27 de janeiro de 2021;

2.3 A aquisição de medicamentos e/ou produtos diversos ficará vinculada aos já comercializados, não podendo a **GESTORA** exigir ou responsabilizar a **PARCEIRA**, no caso de medicamentos e/ou produtos não comercializados por esta, bem como nos casos da falta eventual destes no momento da sua comercialização;

2.4 Os benefícios mínimos, não cumulativos, oferecidos pela **PARCEIRA**, serão aplicados sobre o Preço Máximo ao Consumidor - PMC, garantindo os melhores descontos, sendo observado sempre o desconto mínimo para as categorias abaixo:

I - Medicamento de Marca Tarjado: desconto mínimo de \_\_\_\_\_

II - Medicamento Genérico Tarjado: desconto mínimo de \_\_\_\_\_

III - Produto de Higiene e Beleza: desconto mínimo de \_\_\_\_\_

2.5 Os beneficiários receberão os descontos ajustados entre as Partes, não cumulativos, podendo estes descontos serem alterados a qualquer momento, mediante aviso prévio de 15 (quinze) dias, encaminhado pela **PARCEIRA** à **GESTORA**. Caso a alteração do desconto não seja aceita, a **GESTORA** terá até 05 dias para se manifestar sobre o encerramento da parceria;

2.6 Os beneficiários efetuarão o pagamento do valor total no ato da compra, através dos meios de pagamento aceitos na rede de lojas da **PARCEIRA**.





## CLÁUSULA TERCEIRA – DA IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Os descontos oriundos da parceria aqui firmada são exclusivos aos servidores públicos estaduais e seus dependentes, inscritos no “Plano de Assistência à Saúde dos servidores Públicos do Estado do Tocantins”;

3.2 Para a obtenção dos descontos, o beneficiário deverá apresentar à **PARCEIRA**, no ato da compra dos medicamentos e/ou produtos, o Cartão do Plano ou o número do mesmo e documento com foto, para validação;

3.3 O desconto na aquisição de medicamentos e/ou produtos diversos se dará mediante a apresentação, por parte do beneficiário, do número do CPF ou NÚMERO DO CARTÃO e documento com foto emitido por órgão oficial, para fins de conferência da elegibilidade do mesmo;

3.4 A verificação e a validação do beneficiário se dará no ato da compra, através de webservice disponibilizado pelo Plano para a consulta dos dados, o qual informará se a pessoa analisada poderá obter ou não o desconto;

3.5 O webservice informará apenas se o solicitante está apto ou não para obter o desconto. Em momento algum serão repassados dados cadastrais dos servidores à **PARCEIRA**.

## CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA GESTORA

4.1 Promover a divulgação desta Parceria junto aos Órgãos e Entidades do Poder Executivo Estadual;





SGD: 2021/23009/004710

4.2 Dar o devido conhecimento desta Parceria aos beneficiários do Plano, orientando-os acerca dos seus benefícios;

4.3 Acompanhar, controlar e fiscalizar a execução desta Parceria;

4.4 Disponibilizar, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data da assinatura do presente instrumento, webservice para a identificação e validação dos beneficiários do Plano, quando da compra de medicamentos e produtos farmacêuticos junto à **PARCEIRA**;

4.5 Manter permante articulação com a **PARCEIRA** e atualização constante das informações referentes às promoções oferecidas aos beneficiários do Plano;

4.6 Fazer verificações constantes junto à **PARCEIRA**, para certificar o cumprimento das obrigações acordadas;

4.7 NOTIFICAR oficialmente a **PARCEIRA**, quando do descumprimento das suas obrigações;

8.9 Detectadas quaisquer irregularidades no ato da fiscalização, a Gestora poderá aplicar as sanções previstas no item 10 do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021, de 27 de janeiro de 2021.

## CLÁUSULA QUINTA- DAS OBRIGAÇÕES DA PARCEIRA

5.1 Ter como responsável pela parceria o diretor ou proprietário da empresa registrada em cartório, ou terceiro munido de procuração, mediante comprovação por meio de contrato social;

5.2 Mater seus dados cadastrais sempre atualizados;





SGD: 2021/23009/004710

5.3 Conceder os descontos com base no PMC - Preço Máximo ao Consumidor;

5.4 Manter os valores dos descontos pactuados até que seja solicitada uma nova pactuação ou a saída do Programa;

5.5 Possuir a tecnologia necessária para acessar o sistema do Plano através de webservice, para fins de validação dos dados dos beneficiários quando da compra dos medicamentos e produtos;

5.6 Preservar a integridade e confidencialidade dos dados dos beneficiários do Plano;

5.7 Possuir, no mínimo, uma linha telefônica, para contato com os beneficiários do Plano;

## CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

6.1 O presente Acordo entrará em vigor na data de sua assinatura e vigorará pelo prazo de 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período até o limite de 48 meses e rescindido mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

6.2 As Partes poderão ajustar, por meio de Termo Aditivo, novas condições pertinentes a este Acordo.

6.3 Não haverá qualquer multa pela rescisão deste Acordo mediante aviso prévio previsto neste Edital.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DO TÉRMINO DA PARCERIA





SGD: 2021/23009/004710

7.1 É responsabilidade exclusiva da **PARCEIRA**, caso opte pelo término da parceria, NOTIFICAR a **GESTORA** por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de incorrer nas sanções previstas no item 10 do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021, de 27 de janeiro de 2021.

7.2 A **GESTORA** poderá, a qualquer tempo, proceder ao término da parceria, por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após a celebração da parceria, que comprometam a **PARCEIRA** no tocante à sua capacidade jurídica, técnica e fiscal ou postura ética e profissional.

PALMAS, ..... de ..... de .....

---

**PARCEIRA**

---

**BRUNO BARRETO CESARINO**  
Secretário de Estado da Administração

**TESTEMUNHAS:**

---

**NOME:**  
**CPF:**

---

**NOME:**  
**CPF:**

