TAC - Acordo de Fornecimento

GRUPO	Cliente (Razão Social)	HOSPITAL TRICENTENÁRIO-HTRI	Código Cliente	109712	UF	PE
SIM / NÃO	CNPJ	10.583.920/0001-33	PV Solicitante:	IDÁLIA CABRAL DOS SANTOS		

Se for GRUPO, preencher com os todos os CNPJ's que estarão parametrizados na TAC:

	CÓD. CLIENTE	CNPJ		CÓD. CLIENTE	CNPJ	OBS.
1°			9°			
2°	130001	10.583.920/0008-00	10°	111949	10.583.920/0002-14	
3°	112808	10.583.920/0005-67	11°	204347	10.583.920/0007-29	
4°	109712	10.583.920/0001-33	12°	168712	10.583.920/0011-05	
5°	112809	10.583.920/0004-86	13°			
6°	165686	10.583.920/0010-24	14°			
7°	163503	10.583.920/0009-90	15°			
8°	111948	10.583.920/0003-03	16°			

APROVAÇÕES

GERENTE DISTRITAL	JULIANO PAIVA	GERENTE REGIONAL	DINALDO BRANDÃO

CONDIÇÕES DO ACORDO DE FORNECIMENTO

Prazo de pagamento:	45 DIAS
DATA INICIAL DO CONTRATO	15/10/2024
DATA FINAL DO CONTRATO	15/10/2025
O cliente compromete-se a adquirir 80% do valor de consumo médio mensal colocado nesse acordo.	
O cliente compromete-se a adquirir 80% dos produtos citados nesse acordo durante sua vigência.	
Os preços aprovados nesse acordo serão validos pela duração desse contrato.	
Caso o cliente fique 2 meses sem comprar, o contrato será automaticamente cancelado.	

QTDE MENSAL DO CONTRATO	1.567,00
VALOR (R$) MENSAL DO CONTRATO	110.236,98
QTDE SKUs CONTRATO	18

Acordo para os produtos abaixo relacionados:

Código	Caixa/Un	UNID	Descrição / Apresentação	QTDE (CAIXA)	VALOR (R$)	QTDE (UNID)	VALOR Unitário	VALOR TOTAL
1000025	20	50	ARTRINID 50MG/ML X 50 AMP	90	R$ 60,00	4.500	R$ 1,20	5.400,00
1003185	12	50	ARTRINID IV 100MG PO LIOF INJ X 50 FA	62	R$ 155,00	3.100	R$ 3,10	9.610,00
1002015	24	10	CETROLAC 30 MG/ML SOL INJ X 10 AMP	40	R$ 24,90	400	R$ 2,49	996,00
1000225	20	50	CL TRAMADOL 50MG/ML X 50 AMP P.344/98-A2	140	R$ 42,50	7.000	R$ 0,85	5.950,00
1000189	12	50	CORTISONAL 100MG INJ 50FA	124	R$ 120,00	6.200	R$ 2,40	14.880,00
1000303	20	50	DESLANOL 0,2MG/ML SOL INJ C/50	7	R$ 80,00	350	R$ 1,60	560,00
1002385	12	50	DOLO MOFF 0,2MG/ML 50AP P344/98 SAF PACK	20	R$ 155,00	1.000	R$ 3,10	3.100,00
1000020	48	6	ETILEFRIL 10MG/ML INJ X 6 AMP	117	R$ 7,94	702	R$ 1,32	928,98
1001478	100	5	EXTODIN 100MCG/ML INJ P344/98C1 5FAX2ML	150	R$ 36,00	750	R$ 7,20	5.400,00
1003000	10	1	OCTAPLEX 500UI PO LIOF INJ 1FA+DIL+CONJ	2	R$ 900,00	2	R$ 900,00	1.800,00
1000326	64	50	OXITON 5UI/ML INJ X 50 AMP	64	R$ 138,00	3.200	R$ 2,76	8.832,00
1002710	54	5	POLYCID 500.000UI PO LIO SOL INJ 5FA	160	R$ 52,50	800	R$ 10,50	8.400,00
1000360	60	1	SUCCINIL COLIN 100MG FA	400	R$ 15,80	400	R$ 15,80	6.320,00
1002420	60	5	SUCROFER 20 MG/ML SOL INJ CT 5 FA X 5 ML	60	R$ 50,00	300	R$ 10,00	3.000,00
1000060	12	50	TEFLAN 20MG INJ 50 FA	60	R$ 275,00	3.000	R$ 5,50	16.500,00
1002459	24	25	UNIREZ 10MG/ML 25FA SOL INJ	26	R$ 227,50	650	R$ 9,10	5.915,00
1002153	85	1	VOFLUR 1ML/ML SOL INAL P344/98C1 X 100ML	15	R$ 163,00	15	R$ 163,00	2.445,00
1002029	15	1	VOFLUR 1ML/ML SOL INAL P344/98C1 X 250ML	30	R$ 340,00	30	R$ 340,00	10.200,00

Data e assinatura do acordo,

Olinda, 30 de outubro de 2024

Idalia Cabral dos Santos

Digitally signed by Idalia Cabral dos Santos
DN: dn=br, dc=unis, dc=uniaoquimica, ou=Localidades, ou=PV-50, ou=Departamentos, ou=Pessoa Fisica - Hospitais, cn=Idalia Cabral dos Santos, email=icsantos@uniaoquimica.com.br
Date: 2024.10.14 17:24:39 -03'00'

GESTOR DO CONTRATO

Dr. Gil Menconça Brasileiro
Hospital do Tricentenário

CLIENTE

GERENTE NACIONAL

DIRETORIA COMERCIAL