

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo..:** 23081.008440/2006-51 **Pregão SRP** 109 / 2006 **Data da Emissão:** 04/07/2006**Abertura: Dia:** 21/07/2006 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	BRUCELLA ABORTUS (BRUCELOSE) REAGENTE EM LÂMINA C/ CONTROLE.	Kit	60,0000	6,00		
2	CK MB UNITES PARA AUTOMAÇÃO EM COBAS MIRAS PLUS SEM REAGENTES DE PARTIDA, FRASCO COM 3 ML.	Kit	220,0000	4,00		
3	CK NAC U.V. MÉTODO OTIMIZADO UNITEST, MÁX 3ML.	Kit	120,0000	4,00		
4	CONTROLE PLASMA P/ TEMPO PROTOBINA E T.F.P	Frasco	190,0000	3,00		
5	CORANTE GIENSA SOLUÇÃO PRONTO PARA USO, FRASCO ESCURO COM TAMPA DE SEGURANÇA. CONTA GOTAS.MARCA PADRONIZADA MERCK , OUTRAS MARCAS APRESENTAR AMOSTRA.	Litros	140,0000	9,00		
6	HIV, METODOLOGIA EM ELFA, P/ EQUIP. VIDAS	Unidade	1.200,0000	6,00		
7	LÂMPADA HALOGENEA 12V - 100W IMUNOFLORESCENCIA OLYMPUS.	Unidade	90,0000	3,00		
8	PAPEL FILTRO EM CAIXA COM 9 CM DE DIAMETRO, POROSIDADE Nº 50 OU TIPO WHATMANN OU SIMILAR.	Caixas	13,0000	8,00		
9	PIPETA PASTEUR EM POLIETILENO GRADU., 1ML E 150MM DE COMPR.	Unidade	0,1100	150,00		
10	PLASMA DEFICIENTE DO FATOR VII (SUBSTRATO DEFICIENTE P/ VII)	Frasco	420,0000	2,00		
11	PLASMA DEFICIENTE DO FATOR V(SUBSTRATO DEFICIENTE P/ X)	Frasco	430,0000	2,00		
12	SLIDEX MENINGITE LÂMINA	Kit	1.790,0000	3,00		
13	SORO ANTI RH FRASCO C/10 ML	Frasco	25,0000	120,00		
14	SORO CONT.P/IM. ENSAIO DROG. NIV. I-II-III	Caixas	555,0000	3,00		
15	SULFATO DE POTASSIO ALK(SO4)2. 12H2O,FRASCO COM 250 GRAMAS	Frasco	180,0000	2,00		
16	SUSPENSAO DE TRYPANOSSOMA CRUZI P/IMUNOFLORESCENCIA LIOFILIZADO. MARCA PADRONIZADA: BIOLAB. OUTRAS MARCAS APRESENTAR AMOSTRA.	Frasco	80,0000	14,00		
17	TOXO AVIDEZ	Teste	22,0000	60,00		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência**

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
18	TOXOPLASMOSE IGM TESTE INDIVIDUAL P/ SISTEMA AUTOMATIZADO, COM CAPTURA (VIDAS). KIT COM 60 TESTES.	Kit	750,0000	18,00		
19	TUBBING SET PARA BOMBA PERISTATICA BP 5027	Unidade	415,8000	6,00		
20	DINASE AGAR BASE C/ ORFOTOLUIDINA FR. C/ 500G.	Kit	980,0000	3,00		
21	ETEST P/ SULFAMETAXOL + TRIMETROPIN	Frasco	1.400,0000	3,00		
22	ETEST P/ VANCOMINICINA, EMBALAGEM C/ 30 FITAS	Frasco	1.400,0000	3,00		
23	ETEST PARA CEFTAZIDIMA EMBALAGEM C/ 30 FITAS	Frasco	1.400,0000	3,00		
24	NITROCEFIN DISCO P/ DETECÇÃO DE BETA - LACTAMASE	Frasco	45,7500	3,00		
25	SUPLEMENTO P/ MEIO DE CULTURA X + V	Caixas	75,0000	3,00		
26	VANCOMICINA HCL PUREX FR 100 MG	Frasco	180,0000	2,00		
27	AMPICILINA/SULBACTAM	Frasco	10,0000	60,00		
28	CEFATAXIMA+ACIDO CLAVULANICO	Frasco	10,0000	60,00		
29	CEFTIDIMA + ACIDO CLAVULÂNICO	Frasco	10,0000	60,00		
30	ESTREPTOMICINA 300 MCG/ML	Frasco	11,0000	60,00		
31	REATIVO DE PYR (PYRROLIDONYL-BETANAPHTHYLAMIDE)	Frasco	60,0000	6,00		
32	AZTREONAM 30 MCG	Frasco	8,0000	50,00		
33	MEROPENEMA 10 MCG. DISCOS ATB. FRASCO COM 50 UNIDADES.	Frasco	10,0000	50,00		
34	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 100/10 MCG. DISCOS ATB. FRASCO COM 50 UNIDADES.	Frasco	8,0000	50,00		
35	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPIN 23,75/1,25 MCG. DISCOS ATB. FRASCO COM 50 UNIDADES.	Frasco	8,0000	50,00		
36	ETEST PARA POLIMIXINA B.	Frasco	1.600,0000	2,00		
37	MEIO PESSOA E SILVA - IAL (RUGAI MODIFICADO) EM PÓ CAIXA COM 25 TUBOS.	Caixas	50,0000	12,00		
38	FITA PARA CONTROLE BIOLÓGICO DE ESTERELIZAÇÃO AUTOCLAVE COM BACILUS STEAROTHERMOPHILUS.	Rolo	280,0000	6,00		
39	LAMPARINA METÁLICA	Unidade	70,0000	3,00		
40	KIT BINAX NOW (22 TESTES) (ANTIGEN TEST KIT) PARA DETECÇÃO DE L. PNEUMOPHYLA.	Kit	2.300,0000	5,00		
41	KIT BINAX NOW (22 TESTES) PARA DETECÇÃO DE S. PNEUMONIAE.	Kit	2.300,0000	5,00		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência**

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
42	TIRAS P/REACAO OXIDASE.	Frasco	5,5500	10,00	_____	_____

Informar:

Razão Social da Empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço, Local e Estado: _____

Cep: _____ Fone/Fax: _____ Telex: _____

Nome do Banco: _____ Nome da Agência: _____ Número da Agência: _____

Número Conta Bancária: _____ Data: ____/____/____

Assinatura