

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo..:** 23081.006238/2008-57 **Pregão** 84 / 2008 **Data da Emissão:** 12/05/2008**Abertura:** Dia: 04/06/2008 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	ABS.CAREFREE PROTDIA S/PERF.C/15	Unidade	30,00		
2	ACICLOVIR 50MG CREME 10 G EMS GEN.	Tubo	10,00		
3	ADOCYL LIQ 100 ML	Frasco	3,00		
4	AGAROL 240 ML	Vidro	3,00		
5	AGUA DE MELISSA 50 ML MULTILAB	Frasco	10,00		
6	AP BARBA PRESTOBARBA MAX C/ 02	Unidade	10,00		
7	APARELHO DEPILADOR PRESTOBARBA WOMAN C/2.	Unidade	10,00		
8	APRACUR 25 X 6 CP	Caixas	1,00		
9	ASTRO 500 MG C/3CP	Caixas	3,00		
10	ATADURA DE GAZE CREPOM CREMER 8X4,50M CISNE	Unidade	5,00		
11	BARYTA C TA KLEIN 30 ML	Vidro	10,00		
12	BECLOSOL AQUOSO 200 DOSES NASAL	Frasco	2,00		
13	BENALET MENTA 12 PAST.	Caixas	10,00		
14	BEPANTOL POMADA 30 G	Tubo	2,00		
15	BESEROL 25X4 CP	Caixas	2,00		
16	CANESTEN CREME C/ 20G	Tubo	3,00		
17	CARBOCISTEÍNA XPE AD 50 MG 100 ML GEN PRATI DONADUZZI	Vidro	3,00		
18	CEBION 1G EFERV. C/10 CP	Caixas	6,00		
19	CEFALEXINA 500MG C/8 CP EMS GEN.	Caixas	4,00		
20	CELESTAMINE CX C/ 20 CP	Caixas	4,00		
21	CEPACAINA CX C/12 PAST.	Caixas	3,00		
22	CETOCONAZOL 200 MG 10 CP EMS GEN.	Caixas	6,00		
23	CHA CAMOMILA SANITAS 10 G	Caixas	10,00		
24	CHA FLORES/FRUTAS SANITAS 15 SA	Caixas	10,00		
25	CHA HORTELA SANITAS 15 G	Caixas	10,00		
26	CHA MARCELA SANITAS 20 G	Caixas	20,00		
27	CLARIL SOL. OFTALMICA 15 ML	Frasco	2,00		

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	CLORANFENICOL OCULUM 10 ML	Frasco	3,00		
29	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO GEN EUROFARMA 500 mg 14 cp	Caixas	3,00		
30	CLORIDRATO DE FENOXIFENADINA 120 MG C/10 CP GEN RANBAXY	Caixas	10,00		
31	COLIRIO MOURA BRASIL 20ML.	Frasco	10,00		
32	COLOMETIN 100 ML	Vidro	3,00		
33	COLUBIAZOL SPR 20 ML	Frasco	2,00		
34	COMPRESSA JOHNSON EXT.ABS. 10 X 7,5 X 7,5.	Unidade	5,00		
35	CORISTINA D C/4 CP.	Caixas	40,00		
36	CREME DENTAL COLGATE MFP 90 G.	Unidade	20,00		
37	CREO CALCIO JOBIN 150 ML	Vidro	2,00		
38	CURATIVO BAND AID TRANSPARENTE C/10	Unidade	20,00		
39	CURATIVO BAND AID TRANSPARENTE C/10	Unidade	20,00		
40	DELTACID LOÇÃO 100 ML	Vidro	2,00		
41	DELTACID SHAMPOO 100ML	Vidro	2,00		
42	sensodyne fresh mint 50 g	Unidade	5,00		
43	DICLOFENACO POTASSICO 50 MG 20 CP REVEST GEN BIOSSINTÉTICA	Caixas	30,00		
44	DILACORON RETARD 240MG 30 DR	Caixas	10,00		
45	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML GOTAS 20 ML EMS GEN	Frasco	6,00		
46	DORFLEX 24X10CP	Caixas	1,00		
47	DULCOLAX 20 DR	Caixas	3,00		
48	EFORTIL 20 ML	Frasco	2,00		
49	ESPARADRAPO CREMER BR 25X4,5	Unidade	5,00		
50	ESPARADRAPO CREMER BR 25X90	Unidade	10,00		
51	EUCALIPTO MEL KMEL 120 ML	Vidro	2,00		
52	FITA MICROPOROSA HIPOALÉRGICA 12,5X4,5	Unidade	10,00		
53	FLUCONAN 150 MG 1CP	Caixas	3,00		
54	FLUCONAZOL 150 MG 1 CAP MED GEN	Caixas	5,00		
55	FURACIN POM 30 G	Tubo	2,00		
56	GRACIAL CX C/1BLX 22	Caixas	5,00		
57	HASTES COTONETES J X J C/ 75	Unidade	10,00		
58	HIGROTON 25 MG 42 CP	Caixas	2,00		

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
59	HIPOGLOS 45G	Tubo	5,00		
60	HIRUDOID 300 MG POM 40 G	Tubo	5,00		
61	ISKEMIL 6 MG 20 CAP	Caixas	6,00		
62	LASIX C/ 20 CP	Caixas	4,00		
63	LAVOLHO 15 ML	Frasco	6,00		
64	LENÇO BABY WIPES AZUL 70 UNIDADES	Unidade	10,00		
65	LENÇO PAPEL SOFTY'S BOLSO C/24	Caixas	3,00		
66	LENÇO PAPEL SOFTY'S C/ 50	Caixas	10,00		
67	LIQUEMINE SUBCUT 0,25 ML C/25	Caixas	1,00		
68	LUVA CREMER PROCED. 1 PAR TAM U	Par	100,00		
69	MACRODANTINA 100 MG 28 CP	Caixas	5,00		
70	MAXIDEXCOL 5 ML	Vidro	3,00		
71	MAXITROL SUSP OFT 5 ML	Frasco	5,00		
72	MIOFLEX C/ 16 CP	Caixas	5,00		
73	MULTIGRIP 50 X 4 CP	Caixas	2,00		
74	NALDECON 50 X 4 CP NOITE.	Caixas	1,00		
75	NALDECON DIA 25 X 4 CP	Caixas	1,00		
76	natifa pro 28 cp	Caixas	2,00		
77	NERVITON 150 ML	Vidro	2,00		
78	NISTATINA CREME VAG. 60G+APLIC.-MEDLEY	Tubo	3,00		
79	NOTUSS XAROPE ADULTO 120 ML	Vidro	2,00		
80	OMCILON AM CREME 30 G	Tubo	3,00		
81	OMEPRAZOL 20 MG C/ 14 CP GEN EMS	Caixas	10,00		
82	PARACETAMOL 200MG/ML GTS C/15ML GENERICO EMS.	Frasco	6,00		
83	PASSIFLORINE C/40 DR	Caixas	3,00		
84	PASTIHA CEPACOL MEL LIMÃO C/ 16	Caixas	15,00		
85	PO PELOTENSE 80 G	Vidro	3,00		
86	POLARAMINE 2 MG 20 CP	Caixas	5,00		
87	POLVILHO GRANADO 100 G	Vidro	5,00		
88	PROLOPA 250MG C/30 CP	Caixas	4,00		
89	PROPOLIS MAKROVIT 30 ML SPR	Frasco	3,00		

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
90	PURAN T4 25 MCG 30 CP	Caixas	3,00		
91	PYRIDIUM 100 MG C/25 DR	Caixas	3,00		
92	QUADRIDERME CREME 20 G	Tubo	3,00		
93	QUADRIDERME POM 20 G	Tubo	3,00		
94	REDOXON 20 ML	Frasco	2,00		
95	SABÃO MATACURA 80 G	Unidade	2,00		
96	SABONETE PHEBO FRESCOR DA MANHÃ 90G	Unidade	10,00		
97	SELENE C/ 21 DR	Caixas	3,00		
98	SONRISAL LIMÃO 30X2 EFERV	Caixas	1,00		
99	SORINAN PEDIÁTRICO 30 ML	Frasco	3,00		
100	SPOROSTATIN 500 MG C/ 20 CP	Caixas	4,00		
101	SULFATO DE NEOMICINA+BACITRACINA POM 15 G GEN EMS	Tubo	6,00		
102	SUP GLIC GRANADO ADULTO CARTELA COM 06.	Caixas	2,00		
103	TAMISA 20 MCG 21 DRÁGEAS	Caixas	3,00		
104	TANDRILAX 30 CP	Caixas	3,00		
105	TIMEOLATE SPAY 30 ML LIFAR	Frasco	6,00		
106	VERTIX 50 CP	Caixas	3,00		
107	VITAMINA C SCHERING CX C/20CP	Caixas	2,00		
108	XAROPE FITOTERAPICO MEL,PROPOLIS E AGRIÃO	Vidro	3,00		
109	ZILORIC 300MG CX C/30CP	Caixas	2,00		
110	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SODICA FR 20 ML GEN MEDLEY.	Frasco	3,00		
111	LIXA P/ UNHAS	Unidade	50,00		

OBS : NÃO SERÃO ACEITOS PRODUTOS CUJA EMBALAGENS
CONTENHAM TARJA OU CARIMBO DE PROIBIDO À
VENDA PELO COMÉRCIO. A AQUISIÇÃO DO PRODUTOS
RELACIONADOS DESTINAM-SE A VENDA NA FARMACIA
ESCOLA COMERCIAL DA UFSM.

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
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					