

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.003855/2009-81 **Pregão SRP** 107 / 2009 **Data da Emissão:** 05/06/2009**Abertura: Dia:** 10/06/2009 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO ORAL, ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN, ISOCALÓRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 7 ANOS DE IDADE, COM SABOR BAUNILHA. EMBALAGENS INDIVIDUAIS CONTENDO 200 A 250 ML. MARCAS APROVADAS: RESOURCE JUST FOR KIDS(NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0337	60.000,00	_____	_____
2	DIETA LIQUIDA PRONTA PARA USO ORAL, ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN, ISOCALÓRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 7 ANOS DE IDADE, COM SABOR CHOCOLATE. EMBALAGENS INDIVIDUAIS CONTENDO 200 A 250 ML. MARCAS APROVADAS: RESOURCE JUST FOR KIDS(NESTLÉ) VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0337	200.000,00	_____	_____
3	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,0-1,1 KCAL/ML, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE, COM PERCENTUAL DE GORDURAS NÃO INFERIOR A 38%. EMBALAGEM CONTENDO 1.000 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. MARCAS APROVADAS: DIASON (SUPPORT), GLUCERNA (ABBOTT), RESOURCE DIABETIC (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0270	1.300.000,00	_____	_____
4	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,2 A 1,3 KCAL/ML, SEM LACTOSE, HIPERPROTEICA (ENTRE 18% A 20% DO VALOR CALORICO TOTAL), COM TEOR DE LIPÍDIOS NÃO SUPERIOR A 35% . EMBALAGEM CONTENDO 1.000 ML. EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. MARCAS APROVADAS: NUTRISON PROTEIN PLUS (SUPPORT), OSMOLITE PLUS HN (ABBOTT), ISOSOURCE HN (NESTLÉ). VALIDADE MINIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0220	4.000.000,00	_____	_____
5	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, COM DENSIDADE CALÓRICA ENTRE 1,2 - 1,5 KCAL/ML, COM NO MÁXIMO 35% DE LIPÍDEOS, RICA EM FIBRAS (MÍNIMO DE 10	Kilocaloria	0,0163	4.800.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	G/L) COM PELO MENOS 25% DE FIBRAS SOLÚVEIS, OSMOLARIDADE NÃO SUPERIOR À 400 mOsm/LITRO. ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE. EMBALAGEM CONTENDO 1.000 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. MARCAS APROVADAS: JEVITY PLUS (ABBOTT), NUTRISON ENERGY MULTIFIBER (SUPPORT), FRESUBIN ENERGY FIBRE (FRESENIUS KABI), FIBERSOURCE (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.					
6	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, INDICADA PARA ADULTOS, COM DENSIDADE CALÓRICA NÃO SUPERIOR A 1,2 KCAL/ML, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE, OSMOLALIDADE ATÉ 360 mOsm/KG, PROTEÍNAS ENTRE 14 E 17% DO VET. EMBALAGEM CONTENDO 500 OU 1.000 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. MARCAS APROVADAS NUTRISON STANDART (SUPPORT), OSMOLITE HN (ABBOTT), FRESUBIN ORIGINAL (FRESENIUS KABI), ISOSOURCE STANDARD (NESTLÉ), NUTRICOMP STANDARD (B BRAUN). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0190	2.000.000,00	_____	_____
7	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, INDICADA PARA PORTADORES DE HEPATOPATIA, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,4 KCAL/ML, PROTEÍNAS EM TORNIO DE 11%, COM AMINOÁCIDOS DE CADEIA RAMIFICADA, SEM SACAROSE E LACTOSE. EMBALAGEM COM 1.000 ML, EM SISTEMA ABERTO. MARCAS APROVADAS: NUTRI LIVER (NUTRIMED). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0800	100.000,00	_____	_____
8	DIETA LIQUIDA PRONTA PARA USO, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE, COM NO MÍNIMO 18% DE PROTEINAS SOB FORMA DE PEPTIDEOS DE CADEIA CURTA OU AMINOACIDOS LIVRES. EMBALAGENS CONTENDO 500 ML (PACK) OU 1.000 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. MARCAS APROVADAS: PERATIVE (ABBOTT), SURVIMED OPD (FRESENIUS KABI), PEPTAMEN 1,5 (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0350	2.000.000,00	_____	_____
9	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, NORMOCALÓRICA (1 KCAL/ML), INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 6 ANOS DE IDADE, SEM FIBRAS, ISENTA DE LACTOSE	Mililitros	0,0400	600.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	E SACAROSE, COM PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO. EMBALAGEM CONTENDO 500 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM . MARCAS APROVADAS: NUTRINI STANDARD (SUPPORT), FREBINI ORIGINAL (FRESENIUS KABI). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.					
10	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,0-1,2 KCAL/ML, COM PROTEÍNAS ENTRE 14 A 17% DO VET, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE. EMBALAGEM TETRA PACK COM 1.000 ML PARA USO EM SISTEMA ABERTO. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NUTRI ENTERAL (NUTRIMED), NUTRICOMP ADN LÍQUIDO 1,0 CAL/ML (B. BRAUN), ISOSOURCE SOYA (NESTLÉ), TROPHIC BASIC (PRODIET).	Kilocaloria	0,0140	600.000,00	_____	_____
11	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML) E HIPERPROTEICA (25-30% DE VET), COM SABOR BAUNILHA, CHOCOLATE E MORANGO. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NUTRIDRINK PROTEIN (SUPPORT), FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK (FRESENIUS).	Mililitros	0,0600	110.000,00	_____	_____
12	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTES DIABÉTICOS, NORMOCALÓRICA (EM TORNO DE 1 KCAL/ML), ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM 200 A 250 ML, COM SABOR MORANGO. MARCAS APROVADAS: RESOURCE DIABETIC (NESTLÉ), DIASIP (SUPPORT). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0200	120.000,00	_____	_____
13	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL PARA PACIENTES DIABÉTICOS, NORMOCALÓRICA (EM TORNO DE 1 KCAL/ML), ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM 200 A 250 ML, COM SABOR BAUNILHA. MARCAS APROVADAS: RESOURCE DIABETIC (NESTLÉ), DIASIP (SUPPORT), GLUCERNA SR (ABBOTT). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0250	120.000,00	_____	_____
14	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO, INDICADA PARA PACIENTE GRAVE, HIPERCALÓRICA (1,3 - 1,5 KCAL/ML), SEM LACTOSE, HIPERLIPÍDICA (ENTRE 50 A 56% DO VET), SUPLEMENTADA COM EPA, RELAÇÃO ÔMEGA-6:ÔMEGA-3 1,6 A 2,5:1,0. APRESENTAÇÃO : EMBALAGEM CONTENDO 500 ML, EM SISTEMA FECHADO PARA USO EM BOMBA DE INFUSÃO. FORNECER ADAPTADORES PARA OS EQUIPOS SE O SISTEMA DE EMBALAGEM OFERTADO NÃO FOR	Kilocaloria	0,0480	400.000,00	_____	_____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
15	COMPATÍVEL COM OS EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSÃO EXISTENTES NO HUSM. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: OXEPA (ABBOTT), FRESUBIN LIPID (FRESENIUS KABI). FÓRMULA ELEMENTAR COM 100% DE AMINOÁCIDOS LIVRES, NÃO ALERGÊNICA, COM ADIÇÃO DE SELÊNIO, CROMO E MOLIBDÊNIO; ISENTA DE LACTOSE, GALACTOSE, SACAROSE, FRUTOSE E GLÚTEN, COM 100% DE CARBOHIDRATOS NA FORMA DE MALTODEXTRINA E GORDURAS SOMENTE DE ORIGEM VEGETAL. LATA COM 400 G. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCA APROVADA: NEOCATE (SUPPORT).	Gramas	0,8750	4.000,00	_____	_____
16	MÓDULO DE FIBRAS ALIMENTARES PARA USO ORAL OU ENTERAL, COMPOSTO SOMENTE DE FIBRAS SOLÚVEIS, INCLUINDO INULINA E/OU FOS, SEM ALTERAR SABOR E CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS, PODENDO SER ACRESCENTADO A ALIMENTO EM QUALQUER TEMPERATURA. APRESENTAÇÃO: LATAS DE 250-260 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: FIBER MAIS (NESTLÉ), FOS (SKL PHARMA).	Gramas	0,2060	20.000,00	_____	_____
17	SUPLEMENTO NUTRICIONAL EM PÓ, ISENTO DE GLUTEN, SABOR BAUNILHA. LATAS COM 400 À 450 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: ENSURE (ABBOTT), SUSTAIN (SUPPORT), NUTREN ACTIVE (NESTLE).	Gramas	0,0350	60.000,00	_____	_____
18	SUPLEMENTO NUTRICIONAL EM PÓ, ISENTO DE GLUTEN, SABOR MORANGO. LATAS COM 400 À 450 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: ENSURE (ABBOTT), SUSTAIN (SUPPORT), NUTREN ACTIVE (NESTLE).	Gramas	0,0350	25.000,00	_____	_____
OBSERVAÇÕES:						
DAS DISTRIBUIDORAS SERÁ EXIGIDA:						
I) APRESENTAÇÃO DO LICENCIAMENTO PERANTE ÓRGÃO SANITÁRIO ESTADUAL OU MUNICIPAL COMPETENTE COM A DEVIDA VALIDADE, PARA EXERCER AS ATIVIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO E VENDA. NÃO SENDO ACEITO PROTOCOLO. (ALVARÁ SANITÁRIO)						
II) A LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR CREDENCIAMENTO PARA COMERCIALIZAÇÃO, EMITIDO PELA EMPRESA DETENTORA DO REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE (FABRICANTE OU IMPORTADOR), SEGUNDO ART. 2º DA PORTARIA Nº 2814 DE 29 DE MAIO DE 1998, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE,						



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105
Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
------	---------------	---------	--------------	------------	----------------	-------------

ESPECÍFICO PARA ESTE PREGÃO.

B) DOS FABRICANTES E IMPORTADORAS SERÁ EXIGIDO:

I) APRESENTAÇÃO DO LICENCIAMENTO PERANTE O ÓRGÃO SANITÁRIO
ESTADUAL OU MUNICIPAL COMPETENTE COM A DEVIDA VALIDADE, PARA
EXERCER AS ATIVIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO E VENDA. NÃO SENDO
ACEITO PROTOCOLO. (ALVARÁ SANITÁRIO)

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