

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo..:** 23081.013169/2009-19 **Pregão SRP** 350 / 2009 **Data da Emissão:** 24/11/2009**Abertura: Dia:** 03/12/2009 **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 EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML), PERCENTUAL DE PROTEÍNAS NÃO INFERIOR A 14% DO VET, ISENTA DE LACTOSE, COM SABOR BAUNILHA. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 A 250 ML. MARCAS APROVADAS: RESOURCE PLUS (NESTLÉ), NUTRIDRINK (SUPPORT), FRESUBIN ENERGY DRINK (FRESENIUS), ENRGY ZIP (PRODIET). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0300	432.000,00	_____	_____
2	DIETA LIQUIDA PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML), PERCENTUAL DE PROTEÍNAS NÃO INFERIOR A 14% DO VET, ISENTA DE LACTOSE, COM SABOR CHOCOLATE. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 A 250 ML. MARCAS APROVADAS: RESOURCE PLUS (NESTLÉ), NUTRIDRINK (SUPPORT), FRESUBIN ENERGY DRINK (FRESENIUS), ENERGY ZIP (PRODIET). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0300	1.000.000,00	_____	_____
3	DIETA LIQUIDA PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTES ADULTO, HIPERCALORICA, (1,5 KCAL/ML), PERCENTUAL DE PROTEÍNAS NÃO INFERIOR A 14% DO VET, ISENTA DE LACTOSE, COM SABOR MORANGO. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 A 250 ML. MARCAS APROVADAS: RESOURCE PLUS (NESTLÉ), NUTRIDRINK (SUPPORT), FRESUBIN ENERGY DRINK (FRESENIUS), ENERGY ZIP (PRODIET). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0300	792.000,00	_____	_____
4	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO ORAL, ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN, HIPERCALÓRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, INDICADA PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE, COM SABOR BAUNILHA. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONTENDO 200 ML. MARCAS APROVADAS: FORTINI MULTI FIBER (SUPPORT). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0400	240.000,00	_____	_____
5	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO ORAL, ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN, HIPERCALÓRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, INDICADA PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE, COM SABOR CHOCOLATE. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONTENDO 200 ML. MARCAS APROVADAS: FORTINI MULTI FIBER	Mililitros	0,0400	400.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	(SUPPORT). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.					
6	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO ORAL, ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN, HIPERCALÓRICA, NUTRICIONALMENTE COMPLETA, INDICADA PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE, COM SABOR MORANGO. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONTENDO 200 ML. MARCAS APROVADAS: FORTINI MULTI FIBER (SUPPORT). VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0400	150.000,00	_____	_____
7	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: NUTRISON ADVANCED DIASON (SUPPORT), GLUCERNA (ABBOTT), RESOURCE DIABETIC (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0300	1.300.000,00	_____	_____
8	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% , COM FIBRAS. 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), JEVITY PLUS (ABBOTT). VALIDADE MINIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0300	7.425.000,00	_____	_____
9	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 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), FIBERSOURCE (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0200	9.000.000,00	_____	_____
10	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML), INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 6 ANOS DE IDADE, PROTEÍNAS DE ALTO VALOR	Mililitros	0,0600	800.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	BIOLÓGICO, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE. 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 ENERGY MULTIFIBER (SUPPORT), FREBINI ENERGY (FRESENIUS KABI). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.					
11	DIETA LIQUIDA PRONTA PARA USO, INDICAÇÃO ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML), ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE, HIPERPROTEICA, (ENTRE 16 A 18% DAS CALORIAS TOTAIS), COM NO MÁXIMO 35% DO VET NA FORMA DE LIPÍDEOS, OSMOLARIDADE NÃO SUPERIOR 400 mOsm/L. 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 ENERGY PLUS 1.5(SUPPORT), ENSURE PLUS HN RTH (ABBOTT), FRESUBIN ENERGY (FRESENIUS KABI). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,2600	4.000.000,00	_____	_____
12	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	0,0200	3.800.000,00	_____	_____
13	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, INDICADA PARA PORTADORES DE HEPATOPATIA, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,3-1,4 KCAL/ML, PROTEÍAS EM TORNO DE 11-12%, COM AMINOÁCIDOS DE CADEIA RAMIFICADA, SEM SACAROSE E LACTOSE. EMBALAGEM COM 500 ML 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: NUTRI LIVER (NUTRIMED). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Kilocaloria	0,0300	500.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
14	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE, COM NO MÍNIMO 18% DE PROTEÍNAS SOB FORMA DE PEPTÍDEOS DE CADEIA CURTA OU AMINOÁCIDOS 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	0,0400	2.500.000,00	_____	_____
15	DIETA LÍQUIDA PRONTA PARA USO, NORMOCALÓRICA (1 KCAL/ML), INDICADA PARA CRIANÇAS DE 1 A 6 ANOS DE IDADE, SEM FIBRAS, ISENTA DE LACTOSE 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.	Mililitros	0,0500	1.200.000,00	_____	_____
16	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	0,0100	1.000.000,00	_____	_____
17	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML) E HIPERPROTEICA (25-30% DE VET), COM SABOR ABACAXI. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK (FRESENIUS).	Mililitros	0,0400	400.000,00	_____	_____
18	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML) E HIPERPROTEICA (25-30% DE VET), COM SABOR BAUNILHA 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	0,0400	800.000,00	_____	_____
19	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTE ADULTO, HIPERCALÓRICA (1,5 KCAL/ML) E HIPERPROTEICA (25-30% DE VET), COM	Mililitros	0,0400	800.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	SABOR CHOCOLATE. EMBALAGENS INDIVIDUAIS COM 200 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NUTRIDRINK PROTEIN (SUPPORT).					
20	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL EM PACIENTES DIABÉTICOS, NORMOCALÓRICA (DE 0,9 - 1,1 KCAL/ML), ISENTA DE 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	0,0300	200.000,00	_____	_____
21	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL PARA PACIENTES DIABÉTICOS, NORMOCALÓRICA (DE 0,9 - 1,1 KCAL/ML), ISENTA DE 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	0,0300	200.000,00	_____	_____
22	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL, HIPERCALÓRICO (1,5 KCAL/ML) RICA EM FIBRAS (COM NO MÁXIMO 50% DE FIBRA INSOLÚVEL), PROTEÍNA NÃO INFERIOR A 14%. EMBALAGEM INDIVIDUAL COM 200 ML A 250 ML, SABOR MORANGO OU BAUNILHA. MARCAS APROVADAS: NUTRIDRINK MULTIFIBER (SUPPORT), NOVA SOURCE GI CONTROL (NESTLÉ). VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO.	Mililitros	0,0400	320.000,00	_____	_____
23	DIETA LÍQUIDA, PRONTA PARA USO ORAL, INDICADA PARA ADULTO COM IRA OU IRC EM DIÁLISE, DENSIDADE CALÓRICA MÍNIMA DE 1,5 KCAL/ML, COM TEOR MODERADO DE PROTEÍNAS (NAO SUPERIOR A 7,5 G/100ML), SABOR BAUNILHA. EMBALAGEM DE 200 A 250 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NEFRODIAL (ABBOTT), NOVASOURCE RENAL (NESTLÉ), RENALMAX (PRODIET).	Mililitros	0,0500	65.000,00	_____	_____
24	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 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).	Kilocaloria	0,0500	900.000,00	_____	_____
25	ESPESSANTE ALIMENTAR EM PÓ INSTANTÂNEO, SEM SABOR, DESTINADO A PACIENTES COM DISFAGIA. APRESENTAÇÃO: LATA 200 A 250 G. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCA APROVADAS:	Gramas	0,1400	25.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	THICK & EASY (FRESENIUS), RESOURCE THICKEN UP (NESTLÉ), NUTILIS (SUPPORT), MAXI SPERSE (NUTERAL).					
26	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	0,8800	4.000,00	_____	_____
27	FÓRMULA INFANTIL À BASE DE ISOLADO PROTEICO DE SOJA, ISENTA DE LACTOSE E PROTEÍNAS LÁCTEAS, ACRESCIDA OU NÃO DE SACAROSE, SUPLEMENTADA COM FERRO. COM GORDURAS 100% DE ORIGEM VEGETAL . APRESENTAÇÃO: LATAS COM 400 GRAMAS, VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: ISOMIL (ABBOTT), NAN SOY (NESTLE), APTAMIL-SOJA 1 (SUPPORT).	Gramas	0,0600	30.000,00	_____	_____
28	FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DE 2º SEMESTRE. LATAS DE 400 A 900 G. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: NAN 2 PRO (NESTLÉ), NESTOGENO II (NESTLÉ), APTAMIL 2 (SUPPORT), BEBELAC 2 (SUPPORT), SIMILAC ADVANCE 2 (ABBOTT).	Gramas	0,0200	150.000,00	_____	_____
29	FÓRMULA LÁCTEA DE PARTIDA PARA LACTENTES NO 1º SEMESTRE, QUE CONTENHA NO MÍNIMO 60% DE PROTEÍNAS DO SORO DO LEITE, SEM SACAROSE. LATAS COM 400 A 900 G. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NAN 1 PRO (NESTLÉ), APTAMIL 1 (SUPPORT), BEBELAC 1 (SUPPORT).	Gramas	0,0300	360.000,00	_____	_____
30	FÓRMULA LÁCTEA PARA RECÉM NASCIDOS A TERMO QUE CONTENHA NO MÍNIMO 60% DE PROTEÍNAS DO SORO DO LEITE, SEM SACAROSE , COM PREDOMÍNIO DE GORDURAS DE ORIGEM VEGETAL E, NO MÁXIMO, 3% DE GORDURA ANIMAL. LATAS COM 400 A 900 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: NAN 1 PRO (NESTLE), APTAMIL I (SUPPORT).	Gramas	0,0300	200.000,00	_____	_____
31	FÓRMULA LÁCTEA PARA RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO AO NASCER QUE CONTENHA NO MÍNIMO 60% DE PROTEÍNAS DO SORO DO LEITE E ÁCIDOS GRAXOS POLIINSATURADOS DE CADEIA LONGA (LC-PUFAs), SEM SACAROSE E FONTE DE CARBOIDRATOS: LACTOSE E MALTODEXTRINA. LATAS COM 400 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS : PRE-NAN (NESTLE), APTAMIL-PRE (SUPPORT).	Gramas	0,1400	220.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
32	FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR PARA LACTENTES, EM PÓ, COM FERRO, À BASE DE HIDROLISADO DE PROTEÍNAS DE ORIGEM ANIMAL OU VEGETAL, SEM ADIÇÃO DE LACTOSE E SACAROSE, HIDRATOS DE CARBONO: MALTODEXTRINA E AMIDO, CONTENDO TCM COMO UMA DAS FONTES DE GORDURA. LATA CONTENDO 400 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCAS APROVADAS: PREGOMIN (SUPPORT), ALFARE (NESTLE).	Gramas	0,2900	90.000,00	_____	_____
33	FRASCO PLÁSTICO PARA DIETA ENTERAL, DE POLIETILENO, INERTE E ATÓXICO, ASSÉPTICO, TRANSPARENTE, COM ALÇA DE SUSTENTAÇÃO EMBUTIDA, ESCALA DE PELO MENOS 50 EM 50 ML, COM TAMPA ROSQUEADA E PELÍCULA PROTETORA PERFURÁVEL, COM CAPACIDADE DE 300 ML. VALIDADE MÍNIMA : 8 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: CIEX (CIEX DO BRASIL), BIO FRASCO (BIONUTRI). MARCAS NÃO APROVADAS: ENTREGAR AMOSTRA CONFORME PRAZO NO EDITAL.	Unidade	0,6500	15.000,00	_____	_____
34	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	0,2400	30.000,00	_____	_____
35	MÓDULO DE HIDRATO DE CARBONO SOB FORMA DE POLÍMERO DE GLICOSE/MALTODEXTRINA, COM NO MINIMO 90% DE MATERIA GLICIDICA, PARA USO ORAL OU ENTERAL, COM BAIXO PODER RESIDUAL E RÁPIDA ABSORÇÃO. APRESENTAÇÃO: LATAS COM 250-550 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: OLIGOSSAC (SUPPORT), MAXI-JOULE (NUTRAL), CARBO COMP (DARROW), NUTRI COMP MC (BRAUN), NUTRI DEXTRIN (NUTRIMED), NIDEX (NESTLÉ), CARBO CH (PRODIET).	Gramas	0,0300	16.000,00	_____	_____
36	MÓDULO DE PROTEÍNA DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, EM PÓ, COM NO MINIMO 90% DE PROTEÍNA. APRESENTAÇÃO: LATAS DE 150 A 300 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: CASEICAL (SUPPORT), RESOURCE PROTEIN (NESTLÉ), MAXI-PRO (NUTRAL), NUTRI COMP CC (B. BRAUN), NUTRI PROTEIN (NUTRIMED), PROTEIN PT (PRODIET).	Gramas	0,1700	6.000,00	_____	_____
37	MODULO LÍQUIDO DE TRIGLICERIDEOS DE CADEIA MEDIA (TCM), ENRIQUECIDO COM ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS, PARA SUPLEMENTAÇÃO ORAL E OU ENTERAL. APRESENTAÇÃO: FRASCOS DE 250 ML. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: TRIGLICERIL AGE (SUPPORT), TCM AGE (NUTRAL), NUTRI TCM AGE (NUTRIMED).	Mililitros	0,1000	165.000,00	_____	_____

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
38	SUPLEMENTO NUTRICIONAL EM PÓ, ISENTO DE GLUTEN, SABOR BANANA. LATAS COM 400 G. VALIDADE MÍNIMA DE 08 MESES A CONTAR DA DATA DE ENTREGA. MARCAS APROVADAS: NUTREN ACTIVE (NESTLE).	Gramas	0,0500	65.000,00	_____	_____
39	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	0,0300	72.000,00	_____	_____
40	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	0,0300	35.000,00	_____	_____
41	SUPLEMENTO ORAL LÍQUIDO, NUTRICIONALMENTE COMPLETO, PRONTO PARA USO, ESPECÍFICO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS, ISENTO DE LACTOSE E GLÚTEN, HIPERPROTEICO, HIPERCALÓRICO E ENRIQUECIDO COM EPA, ACRESCIDO DE FIBRAS E CAROTENÓIDES. EMBALAGEM COM 125 ML. SABOR CAPPUCCINO. VALIDADE MÍNIMA DE 8 MESES A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO. MARCA APROVADA: FORTICARE (SUPPORT).	Mililitros	0,1000	500.000,00	_____	_____

OBSERVAÇÕES:

AS AMOSTRAS ENVIADAS PARA ANÁLISE NÃO SERÃO DEVOLVIDAS.

AS EMPRESAS LICITANTES DEVERÃO APRESENTAR:

O REGISTRO DO PRODUTO OFERTADO JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

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, ESPECÍFICO PARA ESTE PREGÃO.

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

Item	Especificação	Unidade	Preço Máximo	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
	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						