

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.002227/2015-27 **Pregão** 23 / 2015 **Data da Emissão:** 02/03/2015**Abertura: Dia:** 18/03/2015 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	ACICLOVIR 50 G CREME 10 G GEN EMS	Caixas	3,00		
2	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG 20 X 10 CP GEN EMS	Caixas	1,00		
3	ADVIL 50 X 2 CP	Caixas	1,00		
4	AFRIN AD 12 H 10 ML	Frasco	6,00		
5	BEPANTOL POMADA 30 G BABY	Tubo	10,00		
6	BUSCOPAN COMPOSTO C/ 20 CP REVESTIDOS	Caixas	6,00		
7	HIDRAFIX LARANJA C/ 2	Caixas	4,00		
8	HIRUDOID GEL 5MG C/ 20G	Tubo	3,00		
9	KOLANTYL 20 X 6 CP	Caixas	1,00		
10	MAGNÉSIA BISURADA 20 X 10 CP	Caixas	1,00		
11	MAREVAN 5 MG C/ 10 CP	Caixas	6,00		
12	MICROVLAR 1 X 21 CP	Caixas	5,00		
13	MINANCORA POMADA 30 G	Tubo	4,00		
14	PARAQUEIMOL POMADA 50 G	Tubo	2,00		
15	REPARIL GEL 30 G	Tubo	2,00		
16	SORINAN AD 30 ML	Frasco	20,00		
17	DESODORANTE REXONA S/ PERFUME ROLL-ON 50 ML	Unidade	10,00		
18	SABONETE PHEBO FRECOR DA MANHA 90 G	Unidade	5,00		
19	CETOPROFENO 100 MG C/ 20 CP GEN RANBAXY	Caixas	4,00		
20	DRAMIN B6 C/ 20 CP	Caixas	4,00		
21	LEITE MAGNÉSIA 120 ML PHILLIPS	Vidro	2,00		
22	ABSORVENTE INTIMUS GEL NORMAL C/ ABAS C/ 8 UNID	Unidade	60,00		
23	CREME DENTAL COLGATE CLOSE-UP TRIP MENTA 90 G	Unidade	20,00		
24	CREME DENTAL COLGATE 90 G TRIPLA PROTEÇÃO	Unidade	30,00		
25	DESODORANTE REXONA ROLLON BAMBOO FEMININO 50 ML	Unidade	5,00		
26	ESCOVA DENTAL COLGATE MACIA	Unidade	30,00		
27	IMOSEC 50 X 4 CP	Caixas	1,00		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105
Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	SOLUÇÃO À BASE DE ACETONA FARMAX 100 ML	Vidro	10,00	_____	_____
29	PARACETAMOL GOTAS 15 ML GEN EMS 200 MG/ML	Frasco	3,00	_____	_____

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