UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105

Termo de Referência

Processo..: 23081.063998/2019-14 Pregão SRP 17 / 2020 Data da Emissão: 28/01/2020

Abertura: Dia: 13/02/2020 **Hora:** 09:00:00

Objeto Resumido:

Modalidade de Julgamento : Menor Preço

Item	Especificação	Catálogo	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	Ácido acetilsalicílico 100 mg. Comprimido. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Comprimido	2.000,00	_____	_____
2	Prednisona 20 mg. Comprimido. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Comprimido	600,00	_____	_____
3	Clortalidona 50 mg. Comprimido. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Comprimido	560,00	_____	_____
4	Hidróxido de magnésio 85,5 mg/mL, suspensão oral. Frasco de 120 mL. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Frasco	60,00	_____	_____
5	Paracetamol, 200 mg/mL, solução oral (gotas). Frasco com 15 mL. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Frasco	100,00	_____	_____
6	Dipirona sódica, 500 mg/mL, solução oral (gotas). Frasco com 20 mL. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Frasco	100,00	_____	_____
7	Paracetamol 500 mg. Comprimido. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Comprimido	500,00	_____	_____
8	Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável, Ampola plástica com 10mL. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Ampola	200,00	_____	_____
9	Dipirona Monoidratada 500mg/ml. Solução Injetável. Ampola de vidro com 2ml. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Ampola	200,00	_____	_____
10	Bromoprida, dosagem 5 mg/ml, apresentação injetável. Ampolas de 2ml. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Ampola	200,00	_____	_____
11	Água para injeção, solução injetável, estéril e apirogênica, ampola plástica com 10 Ml. Validade mínima de 1 ano, a contar da data de entrega.		Ampola	600,00	_____	_____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Catálogo	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