

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.014403/2012-21 **Pregão** 337 / 2012 **Data da Emissão:** 09/10/2012**Abertura: Dia:** 31/10/2012 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	ALIVIUM 600 MG 4 CP	Caixas	3,00		
2	APRESOLINA 25 MG C/ 20 DR	Caixas	3,00		
3	BESEROL 25 X 4 CP	Caixas	30,00		
4	BICARBONATO DE SÓDIO 30 X 30 G	Caixas	1,00		
5	CALMADOR 25 X 6 CP	Caixas	1,00		
6	CEFALIUM C/ 12 CP	Caixas	5,00		
7	CEPACAINA C/ 12 PASTILHAS	Caixas	7,00		
8	CHA ALCACHOFRA SANITAS 20 G	Caixas	5,00		
9	CHA CAMOMILA SANITAS 10 G	Caixas	30,00		
10	CHA CARQUEJA SANITAS 10 G C/10 SAQ	Caixas	5,00		
11	CHA HORTELA SANITAS 15 G	Caixas	5,00		
12	CHA SENE SANITAS 10 G	Caixas	5,00		
13	CIBALENA 48 X 4 CP	Caixas	1,00		
14	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200 MG C/ 30 CP GEN BIOSSINTETICA	Caixas	4,00		
15	CLORIDRATO DE FEXOFENADINA 120 MG C/ 10 CP GEN RANBAXY	Caixas	6,00		
16	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG C/ 20 CP GEN SANOFI AVENT	Caixas	10,00		
17	DICLIN C/ 21 CP	Caixas	20,00		
18	DICLOFENACO DE POTASSIO 50 MG C/ 20 CP REVEST GEN BIOSSINTET	Caixas	20,00		
19	DICLOFENACO DIET. 1% 60 G GEN MEDLEY	Tubo	5,00		
20	DIPIRONA SODICA 20 ML GEN EMS SANOFI	Frasco	4,00		
21	DIPIRONA SODICA 500 MG 25 X 4 CP GEN MEDLEY/NEOQUIMICA	Caixas	2,00		
22	DORILAX 25 X 4	Caixas	1,00		
23	FURACIN POMADA 30 G	Tubo	2,00		
24	KOLAGENASE S/ CLORANFENICOL POMADA 30 G	Tubo	2,00		
25	LACRIMA PLUS 15 ML	Frasco	3,00		
26	LORATADINA 10 MG C/ 12 CP GEN RANBAXY	Caixas	15,00		
27	MAGNÉSIA BISURADA 20 X 10 CP	Caixas	1,00		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	MALEATO DE DEXCLOFENIRAMINA 2 MG 2 BL X 10 CP GEN GERMED	Caixas	5,00		
29	MALEATO DE ENALAPRIL 10 MG C/ 30 CP GEN GERMED	Caixas	4,00		
30	NALDECON DIA 25 X 4 CP	Caixas	1,00		
31	NEOSALDINA 50 X 4 CP	Caixas	1,00		
32	NIMESULIDA 100 MG C/ 12 CP GEN MEDLEY	Caixas	20,00		
33	NORFLOXACINO 400 MG C/ 14 CP GEN BLOSSINTETICA	Caixas	2,00		
34	NOTTUS XPE AD 120 ML	Vidro	3,00		
35	OMEPRASOL 20 MG CX C/ 14 CP GEN EMS	Caixas	6,00		
36	PLASIL SIMPLES C/ 20 CP	Caixas	10,00		
37	PREDNISONA 20 MG C/ 10 CP GEN EUROFARMA	Caixas	3,00		
38	REDOXON EFERVESCENTE LARANJA 1 G C/ 10 CP	Caixas	5,00		
39	SAL DE FRUTAS ENO 100 G	Vidro	2,00		
40	SAL DE FRUTAS ENO C/ 60 EV 5 G	Caixas	1,00		
41	SEDALEX 24 BL X 10 DR	Caixas	2,00		
42	SEDILAX 50 X 4 CP	Cartela	1,00		
43	SIMETICONA 40 MG BL C/ 20 CP GEN SANOFI/AVENTIS	Caixas	5,00		
44	Sintocalmy 300 mg x 20 cp rev.	Caixas	2,00		
45	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NACL 250 ML	Frasco	20,00		
46	SONRISAL 30 X 2 CP	Caixas	1,00		
47	SUPERHIDT 50 X 4 CP	Caixas	1,00		
48	TOBRAMICINA 0,3% FR C/ 5 ML GEN ALCON	Frasco	3,00		
49	TYLENOL 750 MG 50 X 4 CP	Caixas	1,00		
50	XYLOPROCT POMADA 25 G	Caixas	2,00		
51	RITIMONORM 300 MG COM 30 CP	Caixas	2,00		
52	ABSORVENTE OB MEDIO C/ 10	Unidade	10,00		
53	APARELHO DEPILATORIO PRESTOBARBA FOR WOMAN C/ 2	Unidade	6,00		
54	DESODORANTE REXONA ROLLON SENSITIVE MASCULINO 50 ML	Unidade	10,00		
55	Escova dental viagem bitufo versão macia	Unidade	5,00		
56	FIO DENTAL SANIFIL 100 M	Unidade	20,00		
57	FITA MICROPOROSA HIPALERGICA 2,5 X 4,5	Unidade	5,00		
58	LENÇO BABY WIPES AZUL 70 UNID.	Unidade	4,00		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
59	LIXA RASCALO P/ UNHAS	Unidade	50,00	_____	_____
60	MAMADEIRA KUKA 1005 SONECA CILICONE 240	Unidade	2,00	_____	_____
61	SABONETE J X J BABY GLICERINADO 80 G	Unidade	10,00	_____	_____
62	SABONETE PHEBO FRECOR DA MANHA 90 G	Unidade	5,00	_____	_____
63	TALCO J X J BABY G INFANTIL	Unidade	6,00	_____	_____
64	FRALDA BIGFRAL CLASSIC GERIÁTRICA G COM 8 UN.	Pacote	4,00	_____	_____
65	FRALDA BIGFRAL CLASSIC GERIÁTRICA M COM 8 UN.	Pacote	4,00	_____	_____
66	MIOSAN 5 MG C/10 CP.RV.	Caixas	5,00	_____	_____
67	BUSCODUO 10 MG +500 MG BL C/120 CP	Caixas	1,00	_____	_____
68	SIMETICONA 75 MG 15 ML	Lata	5,00	_____	_____
69	DRAMIN B6 C/ 20 CP	Caixas	4,00	_____	_____

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