

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.004976/2016-70 **Pregão** 48 / 2016 **Data da Emissão:** 08/03/2016**Abertura: Dia:** 30/03/2016 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	NEOSALDINA 50 X 4 CP	Caixas	1,00		
2	MAGNÉSIA BISURADA 20 X 10 CP	Caixas	2,00		
3	IMOSEC 50 X 4 CP	Caixas	1,00		
4	DORILAX 25 X 4	Caixas	1,00		
5	DORFLEX 24 X 10 CP	Caixas	4,00		
6	DECONGEX PLUS 25 X 4 CP	Unidade	1,00		
7	BENEGRIP 25 X 6 CP	Caixas	1,00		
8	ADVIL 50 X 2 CP	Caixas	1,00		
9	BEPANTOL POMADA 30 G BABY	Tubo	8,00		
10	BUSCOPAN PLUS 20 CP REVESTIDO	Caixas	4,00		
11	TORSILAX 25X4 CP	Caixas	2,00		
12	CEPACAINA C/ 12 PASTILHAS	Caixas	10,00		
13	COLIRIO MOURA BRASIL 20 ML	Frasco	3,00		
14	EPOCLER FLACONETES 12 C/ 10 ML	Frasco	3,00		
15	ESTOMAZIL 5 G C/ 50 ENVELOPES	Unidade	1,00		
16	FLOGORAL PASTILHA LIMAO C/ 12	Caixas	4,00		
17	HIDRAFIX LARANJA C/ 2	Caixas	2,00		
18	HIPOGLOS 45 G	Tubo	4,00		
19	LAVOLHO 15 ML	Frasco	5,00		
20	MELAGRIÃO 150 ML	Vidro	5,00		
21	MINANCORA POMADA 30 G	Tubo	3,00		
22	SORINAN AD 30 ML	Frasco	15,00		
23	TYLENOL SINUS C/24 CP	Caixas	2,00		
24	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG 20 X 10 CP GEN EMS	Caixas	2,00		
25	DICLOFENACO DE POTASSIO 50 MG C/ 20 CP GEN BIOSSINTETICA	Caixas	5,00		
26	DESLOTATADINA 5 MG CX C/ 10 CP GEN EMS	Caixas	2,00		
27	CLORIDRATO DE PROPANOLOL MEDLEY 40 MG/ 30 CP	Caixas	4,00		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	CARBOCISTEINA XPE AD 50 MG 100 ML GEN EMS	Vidro	2,00	_____	_____
29	CETOCONAZOL 20 MG CREME 30 G GEN GERMED	Tubo	3,00	_____	_____
30	DICLOFENACO DIET. 1% 60 G GEN MEDLEY	Tubo	3,00	_____	_____
31	ACETATO DEXAMETASONA CREME DERMATOLÓGICO 10 G GEN. EMS	Caixas	5,00	_____	_____
32	PARACETAMOL 750 MG 50 X 4 CP GEN GERMED	Caixas	2,00	_____	_____
33	DIPIRONA SODICA 500 MG 25 X 4 CP GEN MEDLEY	Caixas	2,00	_____	_____

**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