

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo..:** 23081.000910/2008-09 **Pregão** 21 / 2008 **Data da Emissão:** 08/02/2008**Abertura:** Dia: 26/02/2008 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	ABS DISFARCE PÓS PARTO C/15	Pacote	20,00		
2	ALBENDAZOL 400 MG 1 CP GEN EMS	Caixas	20,00		
3	ANAFRANIL 25 MG 20 DR	Caixas	6,00		
4	AP BARBA PRESTOBARBA MAX C/ 02	Unidade	5,00		
5	BENALET MENTA 12 PAST.	Caixas	10,00		
6	BENEGRIPE 300 25X6 DR	Caixas	2,00		
7	BESEROL 25X4 CP	Caixas	1,00		
8	BUDECORT AQUA NASAL 64 MCG 120 DOSES G	Frasco	6,00		
9	BUSCOPAN COMPOSTO 20 CP REVEST	Caixas	6,00		
10	CALMADOR CX C/25X4 CP	Caixas	3,00		
11	CELESTAMINE CX C/ 20 CP	Caixas	4,00		
12	CEPACAINA CX C/12 PAST.	Caixas	3,00		
13	CETOCONAZOL 200 MG 10 CP EMS GEN.	Caixas	6,00		
14	CETOPROFENO 100MG 20 CP GEN RANBAXY	Caixas	5,00		
15	COLIRIO MOURA BRASIL	Frasco	6,00		
16	COLUBIAZOL SPR 20 ML	Frasco	2,00		
17	DESOD REXONA S/PERF ROLL-ON 50 ML /53G	Unidade	15,00		
18	DICLIN 21 CP	Caixas	10,00		
19	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG C/ 20 CP MEDLEY GEN	Caixas	5,00		
20	DIMETICONA 40 MG 20 CP BASF GEN.	Caixas	3,00		
21	DIPIRONA SÓDICA 500 MG 25 X 4 CP GEN MEDLEY	Caixas	2,00		
22	DORFLEX 24X10CP	Caixas	2,00		
23	ESCOVA JONHSON REACH PROF PEQ 30 MACIA	Unidade	20,00		
24	EUTHYROX 50 MCG C/50 CP	Caixas	3,00		
25	FLUCONAN 150 MG 1CP	Caixas	3,00		
26	FLUCONAZOL 150 MG 1 CAP MED GEN	Caixas	3,00		
27	FONERGIN C/ 12 PAST	Caixas	4,00		

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	GUARANA CEREBRAL C/20 CP	Caixas	2,00		
29	HIDRAPHIX LARANJA 2 X 25 ML	Caixas	4,00		
30	HUMECTOL D 20 DR	Caixas	3,00		
31	HYDERGINE 36 CAPS	Caixas	2,00		
32	KOLANTYL 20 X 6 CP	Caixas	2,00		
33	LENÇO BABY WIPES AZUL 70 UNIDADES	Caixas	6,00		
34	LIQUEMINE SUBCUT 0,25 ML C/25	Ampola	1,00		
35	MACRODANTINA 100 MG 28 CP	Caixas	5,00		
36	MAREVAN 5 MG C/10 CP	Caixas	20,00		
37	MAXITROL SUSP OFT 5 ML	Frasco	3,00		
38	MINANCORA POM C/ 30 G	Tubo	6,00		
39	MIOFLEX C/ 16 CP	Caixas	5,00		
40	NIMESULIDA 100 MG 12 CP MEDL GEN	Caixas	4,00		
41	OLEO MINERAL 100 ML MULTILAB	Frasco	5,00		
42	ORMIGREIN CX C/10 CP	Caixas	5,00		
43	PARACETAMOL 200MG/ML GTS C/15ML -GEN EMS	Frasco	6,00		
44	PASTILHA VICK LIMAO 24X5	Caixas	1,00		
45	PASTILHA VICK MENTOL 24X5	Caixas	1,00		
46	POLARAMINE 2 MG 20 CP	Caixas	5,00		
47	POLVILHO GRANADO 100 G	Vidro	5,00		
48	PRESERVATIVO JONTEX LUB. C/ 3 DE BOLSO	Unidade	20,00		
49	PROLOPA 250MG C/30 CP	Caixas	4,00		
50	PURAN T4 CX C/ 30 CP 100 MCG	Caixas	5,00		
51	PURAN T4 50 MCG 30 CPR	Caixas	5,00		
52	PURAN T4 75 MCG 30 CP	Caixas	4,00		
53	PURAN T4 125 MCG 30 CP	Caixas	3,00		
54	QUADRIDERM CREME 20 G	Tubo	3,00		
55	QUADRIDERM POM 20 G	Tubo	3,00		
56	REPARIL GEL 30 G	Tubo	2,00		
57	SABONETE J x J BABY GLICERINADO 80 G	Unidade	5,00		
58	SAL DE FRUTA ENO 100 G	Vidro	5,00		

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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
59	SPOROSTATIN 500 MG C/ 20 CP	Caixas	4,00	_____	_____
60	SULFATO DE NEOMICINA+BACITRACINA POM 15 G GEN EMS	Tubo	6,00	_____	_____
61	SUPOSITORIO GLICERINA AD. GRANADO CART C/6	Caixas	2,00	_____	_____
62	SUPERHIST 50 X 4 CP	Caixas	1,00	_____	_____
63	SUSTRATE CX C/50CP	Caixas	5,00	_____	_____
64	TAMISA 20 MCG 21 DRÁGEAS	Caixas	5,00	_____	_____
65	TYLEX 30 MG 12 CP	Caixas	10,00	_____	_____
66	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SODICA FR 20 ML	Frasco	4,00	_____	_____
67	FLUCONAN 150 MG 1CP	Caixas	3,00	_____	_____
68	NOVOPRAZOL 20 MG 28 CAP	Caixas	4,00	_____	_____

OBS : NÃO SERÃO ACEITOS PRODUTOS CUJA EMBALAGENS CONTENHAM
TARJA OU CARIMBO
DE PROIBIDO A VENDA PELO COMERCIO. OS PRODUTOS EM
REFERÊNCIA DESTINAM-SE
À VENDA NA FARMÁCIA ESCOLA COMERCIAL.

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