

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM****95591764000105****Termo de Referência****Processo...:** 23081.014336/2014-14 **Pregão** 306 / 2014 **Data da Emissão:** 10/09/2014**Abertura: Dia:** 07/10/2014 **Hora:** 09:00:00**Objeto Resumido:****Modalidade de Julgamento :** Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	ACETONA FARMAX 100 ML	Vidro	30,00		
2	ADOCYL 100 ML	Vidro	5,00		
3	ASTRO C/ 3 CP	Caixas	5,00		
4	BEPANTOL POMADA 30 G BABY	Tubo	15,00		
5	BUSCOPAN 10 MG C/ 20 CP	Caixas	5,00		
6	CELESTAMINE C/ 20 CP	Caixas	4,00		
7	CEPACAINA C/ 12 PASTILHAS	Caixas	15,00		
8	CEPACOL MENTA/COMUN 250 ML	Vidro	5,00		
9	DECONGEX PLUS 25 X 4	Caixas	1,00		
10	LAVOLHO 15 ML	Frasco	4,00		
11	MALVATRICIN ODONTOLÓGICO C/ FLUOR 100 ML	Vidro	4,00		
12	PLASIL SIMPLES C/ 20 CP	Caixas	10,00		
13	PURAN T4 75 MCG C/28 CP	Caixas	5,00		
14	PYRIDIUM C/ 25 DR 100mg	Caixas	5,00		
15	SAL DE FRUTAS ENO C/ 60 EV 5 G	Caixas	1,00		
16	SORINAN AD 30 ML	Frasco	15,00		
17	VICK PASTILHAS ENV C/ 5 PASTILHAS MENTOL/LIMÃO	Caixas	24,00		
18	CHA DE BOLDO SANITAS 10 G.	Caixas	10,00		
19	CHA CAMOMILA SANITAS 10 G	Caixas	50,00		
20	CHA VERDE SANITAS 22,5 G C/ 15 SAQ	Caixas	5,00		
21	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10 MG C/ 20 CP GEN SANOFI AVENT	Caixas	20,00		
22	ABSORVENTE CAREFREE C/ 15 UNIDADES	Unidade	40,00		
23	ABSORVENTE INTIMUS GEL NORMAL C/ ABAS C/ 8 UNID	Unidade	150,00		
24	ABSORVENTE OB MEDIO C/ 10	Unidade	15,00		
25	CREME DENTAL COLGATE MFP 90 G	Unidade	50,00		
26	CURATIVO BAND-AID C/ 10	Caixas	100,00		
27	DESODORANTE REXONA ROLLON BAMBOO FEMININO 50 ML	Unidade	10,00		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

95591764000105

Termo de Referência

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
28	DESODORANTE REXONA S/ PERFUME ROLL-ON 50 ML	Unidade	5,00	_____	_____
29	ESCOVA DENTAL COLGATE MACIA	Unidade	50,00	_____	_____
30	LENÇO BABY WIPES AZUL 70 UNID.	Unidade	10,00	_____	_____
31	SABONETE J X J BABY GLICERINADO 80 G	Unidade	5,00	_____	_____
32	SABONETE PHEBO FRECOR DA MANHA 90 G	Unidade	5,00	_____	_____
33	BUSCOPAN PLUS 20 CP REVESTIDO	Caixas	15,00	_____	_____

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