

**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TAIÓ**

CNPJ: 11.433.441/0001-01 Telefone: (47) 3562-2588
RUA CORONEL FEDDERSEN, Nº 111
C.E.P.: 89190-000 - TAIÓ - SC

PREGÃO PRESENCIAL

Nr.: 24/2012 - PR

Processo Administrativo: 24/2012
Data do Processo Adm.: 06/09/2012
Processo de Licitação: 24/2012
Data do Processo: 10/09/2012

Folha: 1/1

ANEXO I
RELAÇÃO DOS ITENS DA LICITAÇÃO

Item	Quantidade	Unid	Especificação	Marca	Preço Unit. Máximo	Preço Unitário	Preço Total
1	3000,000	UN	ACICLOVIR 250 MG/2ML FR/AMP	_____	3,5000	_____	_____
2	10000,000	AMP	AMICACINA 500 MG/2ML	_____	0,9500	_____	_____
3	10000,000	AMP	AMINOFILINA 24MG/ML	_____	0,9000	_____	_____
4	10000,000	COMP	CARBONATO DE CALCIO 600 MG + VITAMINA D	_____	0,1500	_____	_____
5	5000,000	AMP	CEFALOTINA SÓDICA 1G INGETAVEL	_____	1,5000	_____	_____
6	5000,000	AMP	CETOPROFENO 100 MG INJETAVEL 2 ML (DEVERÁ SER ENTREGUE O ITEM COM A DESCRIÇÃO IM)	_____	1,4000	_____	_____
7	1500,000	UN	CLORETO DE SODIO 0,9% SOLUCAO NASAL	_____	0,6000	_____	_____
8	10000,000	AMP	DICLOFENACO DE SODIO 75 MG AMP/3 ML	_____	0,4000	_____	_____
9	10000,000	AMP	DIPIRONA 1G	_____	0,6000	_____	_____
10	10000,000	AMP	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML AMPOLA 2ML	_____	0,5000	_____	_____
11	100,000	UN	ENOXAPARINA SÓDICA 100 MG/ML	_____	85,0000	_____	_____
12	30000,000	COMP	ESTROGÊNIO CONJUGADO 0,625MG	_____	1,2500	_____	_____
13	4000,000	COMP	FENOBARBITAL 100MG	_____	0,1000	_____	_____
14	3000,000	AMP	FITOMENADIONA 10 MG, AMPOLA 1 ML	_____	1,2500	_____	_____
15	1500,000	UN	HEPARINA SÓDIA 5,000 UI	_____	12,0000	_____	_____
16	2500,000	AMP	LEVOFLOXACINO 5MG/ML	_____	9,8000	_____	_____
17	2000,000	UN	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML - GOTAS	_____	0,5500	_____	_____
18	20000,000	AMP	METOCLOPRANIDA INJETÁVEL AMPOLA C/ 1 ML	_____	0,4000	_____	_____
19	15000,000	COMP	METRONIDAZOL 250 MG	_____	0,0800	_____	_____
20	3000,000	UN	METRONIDAZOL 500 MG/100ML FR/AMP	_____	2,0000	_____	_____
21	100,000	AMP	NITROGLICERINA 05 MG/ML	_____	37,0000	_____	_____
22	4000,000	FRAS	OMEPRAZOL 40 MG 10 ML C/DIL. INJ.	_____	5,5000	_____	_____
23	6000,000	AMP	ONDACETRONA	_____	0,8000	_____	_____
24	15000,000	AMP	RANITIDINA 25MG/ML	_____	0,8000	_____	_____
25	2000,000	AMP	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400+80MG 5ML/EV	_____	2,5000	_____	_____
26	3000,000	AMP	VITAMINA K1 10 MG/ML AMP 1ML	_____	1,2500	_____	_____
(Valores expressos em Reais R\$)						Total Geral:	_____