

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

OBJETO: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS PARA ATENDER AO SETOR DA FARMÁCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.

Itens	Discriminação dos produtos	Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 MG.	F/AM	6.000,00	11,00	66.000,00
2	CIMETIDINA 150mg/ml - AMPOLA 2ml EMBALAGEM NÃO VIOLADA. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES COM RELAÇÃO A DATA DA NOTA FISCAL.	AMP	10.000,00	2,90	29.000,00
3	AGULHA DESCARTAVEL PARA RAQUIANESTESIA, 25G X 3 1/2. AGULHA DE PONTA QUINCKE COM DESIGN QUE PROPORCIONA VELOCIDADE NO RETORNO DO LÍQUOR E MELHOR FLUXO DO AGENTE ANESTÉSICO, A AGULHA DE AÇO INOXIDÁVEL E CAPA EM POLIPROPILENO. ENCAIXE CANHÃO/ ESTILETE ORIENTA POSICIONAMENTO ADEQUADO DO BISEL E FIXA O ESTILETE EVITANDO DESLOCAMENTO DURANTE A PUNÇÃO. CANHÃO TRANSLÚCIDO QUE PROPORCIONA RÁPIDA VISUALIZAÇÃO DO LÍQUOR. ESTILETE AJUSTADO À AGULHA REDUZ POSSIBILIDADE DE REMOÇÃO DE TECIDOS DURANTE A PUNÇÃO. LATEX FREE.	UN	2.000,00	12,00	24.000,00
4	HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA INJETÁVEL 2 MG/ML- 4 ML (EQUIVALE NOREPINEFRINE BASE)	UN	10.000,00	4,27	42.700,00
5	GLUCONATO DE CALCIO 10% - AMPOLA, EMBALAGEM NÃO VIOLADA. VALIDADE MÍNIMA DE 12 MESES COM RELAÇÃO A DATA DA NOTA FISCAL.	AMP	4.000,00	2,80	11.200,00
6	SONDA NASO GASTRICA Nº 20 LONGA. APRESENTANDO 2 FUROS LATERAIS E PONTA FECHADA. ESTERELIZADA A RAIOS GAMA TUBOTRANSLÚCIDO COM UMA LINHA RADIOPACA LONGITUDINAL, ESTÁ MARCADO A 20, 30, 40 E 50 CM. DO EXTREMO DISTAL NO ADULTO E NA PEDIÁTRICA, COM QUATRO PERFURAÇÕES NO EXTREMO DISTAL NO ADULTO E DUAS PERFURAÇÕES NA PEDIÁTRICA, SENDO ESTE FECHADO EM FORMA CILÍNDRICA DE SILICONE TRANSPARENTE. O CONECTOR LOCALIZADO NO EXTREMO PROXIMAL APRESENTA FORMA CÔNICA COM TAMPA OBTURADORA.	UN	1.000,00	1,50	1.500,00
Total da Coleta:					174.400,00

Valor Total estimado da aquisição: 174.400,00 (cento e setenta e quatro mil e quatrocentos reais).

Justificativa : AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS PARA ATENDER AO SETOR DA FARMÁCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.

Prazo de entrega: 5 DIAS

Condições de Pagamento: A PRAZO

Anexo I
TERMO DE REFERENCIA

Local de entrega: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Unidade Fiscalizadora: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Nova Andradina(MS), 28 de Agosto de 2020