

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

OBJETO: AQUISIÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS FUNSAU-NA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	LEITE ADAPTADO PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 01 ANO DE VIDA, CONTENDO DHA, PREBIÓTICOS E NUTRIENTES ADEQUADOS PARA O CRESCIMENTO, EM SUBSTITUIÇÃO AO LEITE DE VACA. LATA DE 400 GRAMAS		UN	30,00	22,00	660,00
2	LEITE ADAPTADO SEM LACTOSE E PARA ALERGIA- LEITE ADAPTADO PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 01 ANO DE VIDA, A BASE DE SOJA, ISENTO DE PROTEÍNAS LÁCTEAS E NUTRIENTES ADEQUADOS PARA O CRESCIMENTO, EM SUBSTITUIÇÃO AO LEITE DE VACA PARA ALÉRGICOS À PROTEÍNAS DO LEITE OU INTOLERANTES A LACTOSE. LATA DE 400 GRAMAS		UN	100,00	26,00	2.600,00
3	SUPLEMENTO PEDIÁTRICO COMPLETO- ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO, PODENDO SER UTILIZADO EM NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL, CONTENDO DHA, PREBIÓTICOS, VITAMINAS E MINERAIS ADEQUADOS À INFÂNCIA. LATA DE 400 GRAMAS		UN	80,00	40,00	3.200,00
4	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTANTES DE 0 À 06 MESES DE VIDA. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS. LATA DE 400 GRAMAS.		UN	120,00	30,00	3.600,00
5	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTANTES DE 06 À 12 MESES DE VIDA. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS. LATA DE 400 GRAMAS.		UN	120,00	30,00	3.600,00
6	FÓRMULA INFANTIL PARA PREMATUROS- FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES PREMATUROS. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS. LATA DE 400 GRAMAS.		UN	80,00	115,00	9.200,00
7	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES COM REFLUXO. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS. LATA DE 400 GRAMAS.		UN	100,00	35,00	3.500,00
8	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES SEM LACTOSE. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS, DHA E ARA. LATA DE 400 GRAMAS.		UN	100,00	47,50	4.750,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos	Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
9	FÓRMULA INFANTIL HIPOALÉRGICA PARA PREVENÇÃO DE LACTENTES COM ALERGIA AO LEITE DE VACA. CONTENDO QUANTIDADES DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS, DHA, ARA E PROBIÓTICOS. LATA DE 400 GRAMAS	UN	80,00	55,00	4.400,00
10	FÓRMULA INFANTIL PARA TRATAMENTO DE ALERGIA. CONTENDO LACTOSE E QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO, CONTENDO NUCLEOTÍDEOS, DHA, ARA E PREBIÓTICOS. LATA DE 400 GRAMAS.	UN	50,00	55,00	2.750,00
11	FÓRMULA INFANTIL PARA TRATAMENTO DE ALERGIA A BASE DE SOJA. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO. LATA DE 400 GRAMAS.	UN	30,00	81,00	2.430,00
12	FORMULA INFANTIL PARA LACTENTES 100% AMINOÁCIDOS LIVRES PARA TRATAMENTO DE ALERGIA GRAVE. CONTENDO QUANTIDADES ADEQUADAS DE VITAMINAS E MINERAIS PARA O CRESCIMENTO E SUBSTITUIÇÃO DO LEITE MATERNO. LATA DE 400 GRAMAS.	UN	30,00	12,50	375,00
13	CEREAL INFANTIL DE ARROZ COM PROBIÓTICOS, PARA COMPLEMENTAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA A PARTIR DOS 6 MESES, EMBALAGEM ORIGINAL DE FÁBRICA. LATA DE 400 GRAMAS. REGISTRO NO MAPA - SIF	UN	60,00	9,98	598,80
14	CEREAL INFANTIL DE MILHO COM PROBIÓTICO, PARA COMPLEMENTAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA A PARTIR DO 6º MES, EMBALAGEM ORIGINAL DE FÁBRICA. LATA COM 400 GRAMAS. REGISTRO NO MAPA - SIF	UN	60,00	9,98	598,80
15	CEREAL INFANTIL MULTI CEREAIS COM PROBIÓTICOS, PARA COMPLEMENTAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE. CONTENDO TRIGO, MILHO E ARROZ EMBALAGEM ORIGINAL DE FÁBRICA. LATA DE 400 GRAMAS. REGISTRO NO MAPA - SIF	UN	60,00	9,98	598,80
Total da Coleta:					42.861,40

Valor Total estimado da aquisição: 42.861,40 (quarenta e dois mil oitocentos e sessenta e um reais e quarenta centavos).

Justificativa : AQUISIÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS FUNSAU-NA

Prazo de entrega: 5 DIAS

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Condições de Pagamento: A PRAZO

Local de entrega: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Unidade Fiscalizadora: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Nova Andradina(MS), 25 de Janeiro de 2021