



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

SOLICITAMOS O ENVIO DE PREÇOS PARA O MATERIAI ABAIXO RELACIONADO, PARA AQUISIÇÃO IMEDIATA POR DISPENSA DE LICITAÇÃO.

APARELHO DE TELEFONE SEM FIO COM IDENTIFICADOR DE CHAMADA, DETECÇÃO AUTOMÁTICA DE SISTEMA (DTMF/FSK), FREQUÊNCIA DE 1,9 OU 2,4 GHZ, DISPLAY LCD LUMINOSO, MODO: TOM E PULSO, TECLAS: MUTE, PAUSE, REDIAL E FLASH, VIVA-VOZ, ALIMENTAÇÃO: BATERIA RECARREGÁVEL INCLUSA, COMPATÍVEL COM CENTRAIS PÚBLICAS E PABX, AUTONOMIA MÍNIMA DE 10 HORAS EM CONVERSAÇÃO, VOLUME DA CAMPAINHA AJUSTÁVEL, VOLTAGEM: BIVOLT, ADAPTADOR DE TENSÃO BIVOLT INCLUSO, 1 CABO DE LINHA TELEFÔNICA INCLUSO, AGENDA: MÍNIMO DE 30 NOMES E NÚMEROS, BLOQUEIO DE TECLADO E DE CHAMADAS, PRODUTO HOMOLOGADO PELA ANATEL. GARANTIA 12 MESES.
COD: 161020 QUANTIDADE: 04 UNIDADES

DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Será necessária a apresentação:

O fornecedor deverá apresentar cópia legível, em português de no mínimo um dos seguintes documentos, manual operacional, manual técnico, datasheet (ficha técnica) ou catálogo para o equipamento cotado, contendo desenho ou fotografia, bem como TODAS as especificações técnicas de forma a permitir sua avaliação contra as especificações solicitadas.

O fornecedor deverá elaborar proposta discriminando o equipamento, marca e modelo.

O fornecedor deverá apresentar Declaração de Garantia e Termo de Compromisso de Reparo e Substituição.

Da Garantia

O fornecedor deverá indicar claramente na proposta o prazo de garantia de no mínimo 12 (doze) meses para o equipamento e todas as suas partes e acessórios, contra vícios de fabricação, contados a partir do recebimento do equipamento no Almoxarifado da Saúde, cuja nota fiscal será assinada após o recebimento e conferência pelo responsável por este procedimento no Almoxarifado da Saúde.

Entende-se por garantia a obrigatoriedade do fornecedor consertar, sem ônus para a municipalidade, os equipamentos na sua integralidade (parte/peças e acessórios), que apresentarem vícios de fabricação, conforme definido no Código de Defesa do Consumidor. A garantia deve cobrir todo o equipamento, seus subsistemas e componentes, inclusive eletrônicos e elétricos.

Durante o período de garantia deverão ser realizados os reparos necessários, sempre que for solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), via telefone, fax ou meio eletrônico ao fornecedor ou Assistência Técnica Autorizada do fabricante, sem ônus para a Contratante. Não haverá limites de chamadas.

Durante o período de garantia, na hipótese do equipamento e/ou suas partes/acessórios não oferecerem condições de conserto, no prazo de 30 (trinta) dias, deverá ser providenciada substituição das partes/acessórios danificadas ou do equipamento na sua totalidade como previsto no código de defesa do consumidor.

DAS CONDIÇÕES DE ENTREGA

O objeto do contrato será recebido em consonância ao art. 140 da Lei 14.133/2021 e suas alterações.

A entrega dos produtos, referente a Nota de Empenho deverá ocorrer de forma integral, no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do envio da Nota de Empenho.

A Contratada responsabilizar-se-á pelo carregamento e transporte do(s) item(s), bem como pelo seu descarregamento no local de entrega (interior do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

Local de Entrega: Interior do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, localizado no Município de Campinas – SP, à Rua Eduardo Edargê Badaró nº 550, Jardim Eulina, CEP 13063-140, de segunda a sexta-feira, das 8 às 11h e das 13 às 15h - telefone (19) 3241-2054 ou (19) 3241-0342.

O(s) item(s) serão devolvidos na hipótese de não corresponderem às especificações do item 2 deste termo de referência ou no caso de vícios, devendo ser substituídos pela empresa fornecedora no prazo máximo de 07 (sete) dias, sem custos adicionais ao Município de Campinas.

A marca/fabricante dos itens entregues deverão ser o mesmo daqueles ofertados na proposta comercial e aprovados na análise técnica.

Os produtos deverão ser embalados de forma a não causar qualquer tipo de dano durante as etapas em que estiverem sob a responsabilidade da fornecedora, visando a melhor adequação para armazenamento.

DA FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

O critério de seleção será o menor preço por item, desde que não ultrapasse o valor total estimado do item na pesquisa de preço.

PEDIMOS QUE A PESQUISA, **CONTENDO CARIMBO COM CNPJ DA EMPRESA**, SEJA ENVIADA ATRAVÉS DO

EMAIL: rogeria.mateus@campinas.sp.gov.br

LOCAL DE ENTREGA:

RUA EDUARDO EDARGÊ BADARÓ Nº 550 – JD. EULINA – **CEP 13063-140** – CAMPINAS – SP
FONES: (19) 3241-8000 / 3241-2054 – DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 08h ÀS 11h E DAS 13h
ÀS 15h **RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO** – MARIA IMACULADA OLIVEIRA CARDOSO
MULLER RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO – CLÁUDIO FÁVARO - FONES: (19) 3241-8000 –
3241-2021 – 3241-2045



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

ATENCIOSAMENTE,

CLÁUDIA NELI Z. ROSSI CANHA
(19) 2116-0170

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 51.885.242 / 0001 – 40