



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO**

**SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO**

**SOLICITAMOS O ENVIO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO IMEDIATA :**

**TUBO ORGANIZADOR DE CABOS COM AS SEGUINTE ESPECIFICAÇÕES:**

- DIÂMETRO: 3/4" (POLEGADAS);
  - DIMENSÃO EXTERNA: 19,05 MM;
  - DIMENSÃO INTERNA: 16 MM;
  - FORMATO DO ORGANIZADOR: ESPIRAL;
  - COMPRIMENTO: 50 M.
- CÓDIGO: 164808 QUANTIDADE: 10 UNIDADES

<https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina-dinamica/solicitacoes-orcamento-aquisicoes-2024>

**REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

**7.1 – HOMOLOGAÇÃO DA AMOSTRA**

7.1.1 – A LICITANTE VENCEDORA deverá entregar junto a proposta a literatura técnica do item ofertado como amostra de cada modelo para homologação da equipe técnica da PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS.

7.1.2 - Caso a literatura técnica seja insuficiente para aferição do produto ofertado, será solicitado o envio de amostra do item

7.1.3 - Quando da necessidade de envio de amostra do item:

7.1.3.1 – A homologação compreende a abertura do item e registro de atendimento às condições específicas de cada modelo.

7.1.3.2 - O item apresentado como amostra integrará o quantitativo final.

7.1.3.3 - Fica permitida a participação dos licitantes na avaliação das amostras.

7.1.3.3.1 - O agendamento para participação deverá ser formalizado através de mensagem eletrônica destinada a [sms.cdti@campinas.sp.gov.br](mailto:sms.cdti@campinas.sp.gov.br)

7.1.3.3.2 - Os participantes da avaliação terão o prazo de até 2 dias úteis para apresentarem suas razões destinada a [sms.cdti@campinas.sp.gov.br](mailto:sms.cdti@campinas.sp.gov.br)

**7.2. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

7.2.1. Deverá ser apresentado na proposta comercial no mínimo 01 (um) Atestado, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome da licitante, que comprove o fornecimento de equipamentos ou acessórios correlatos ao objeto do contrato.

**8. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

8.1. A entrega deverá ocorrer conforme indicações do item 12 deste termo de referência.

8.2. A CONTRATADA deverá manter todas as condições de garantia e suporte informadas no item 15 deste termo de referência.

**9. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO (ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO)**

9.1. A gestão e fiscalização ocorrerá em consonância ao Decreto Municipal 20.083/2018, que dispõe sobre a gestão e a fiscalização de contratos administrativos no âmbito da Administração Pública Municipal e encontra-se disponível no site da Prefeitura Municipal de Campinas, <https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br>

**10. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

10.1 – O pagamento será realizado em 10 (dez) dias fora a dezena, contados do aceite da Nota Fiscal pelo Gestor, sendo que esse aceite deverá estar acompanhado do Termo de Aceite Final.

10.2 – Caso a fatura contenha divergência com relação ao estabelecido no Instrumento Contratual, o PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS ficará obrigado a comunicar à empresa LICITANTE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO**

---

VENCEDORA formalmente, o motivo da não aprovação no prazo de 02 (dois) dias úteis. A devolução da fatura, devidamente regularizada pela LICITANTE VENCEDORA, deverá ser efetuada em até 02 (dois) dias úteis da data da comunicação formal pelo PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS.

10.3 – A devolução da Nota Fiscal não aprovada, em hipótese alguma, servirá de pretexto para que a LICITANTE VENCEDORA suspenda o fornecimento dos itens.

#### 11. 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.

#### 12. LOCAIS E CONDIÇÕES DE ENTREGA

12.1 – A LICITANTE VENCEDORA deverá efetuar a entrega dos itens em até 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data da confirmação do recebimento da ordem de fornecimento com respectivo empenho.

12.2 – Os itens deverão ser entregues na Coordenadoria Setorial de Recursos Materiais (Almoxarifado da Saúde) situado na Rua Doutor Eduardo Edarge Badaró, 550 - Jardim Eulina - CEP 13063-140.

12.4 – Todas as despesas de transporte dos itens correrão por conta da LICITANTE VENCEDORA.

#### 13. RECEBIMENTOS PROVISÓRIO E DEFINITIVO

13.1 – Após a entrega dos itens, o PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, disporá de um período de até 10 (dez) dias úteis para testes, quando então, verificará se os itens atendem completamente todos os quesitos e condições do Edital, compreendendo a comprovação do seu perfeito funcionamento, bem como, se a marca e modelo correspondem àquelas discriminadas na proposta e neste Termo de Referência.

13.2 – Satisfeitas todas as condições de testes, o PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS emitirá o respectivo “Termo de Aceite Final”, no prazo de 02 (dois) dias úteis.

13.3 – Caso os itens disponibilizados não correspondam ao exigido no Edital, ao ofertado na proposta e ao determinado em contrato, a LICITANTE VENCEDORA deverá providenciar no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados da data de notificação expedida pelo PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, a sua substituição, ou reparo, suspendendo-se neste período, o prazo de emissão do “Termo de Aceite Final”.

#### 14. MONTAGEM E TREINAMENTO

14.1. A montagem dos itens ficará a cargo de equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

#### 15. GARANTIA E CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

15.1 – O período de garantia será contado a partir da data da emissão da nota fiscal e recebimento dos itens, não inferior a 01 (um) ano para os itens, sendo os atendimentos prestados no local de instalação e utilização dos computadores no Município de Campinas.

15.2 – A LICITANTE VENCEDORA deverá indicar o canal de atendimento da assistência técnica a ser prestado pela FABRICANTE.

15.3 – Os chamados para solução de problemas com os equipamentos deverão receber um número para acompanhamento do usuário.

INFORMAR MARCA / FABRICANTE E DEMAIS ITENS DA PLANILHA

PEDIMOS QUE A PESQUISA, **CONTENDO CARIMBO COM CNPJ DA EMPRESA**, SEJA ENVIADA VIA FAX: (19) 2116-0171 ou ATRAVÉS DE NOSSO EMAIL: [saude.compras@campinas.sp.gov.br](mailto:saude.compras@campinas.sp.gov.br).

LOCAL DE ENTREGA: INTERIOR DO ALMOXARIFADO DA SAÚDE, RUA EDUARDO EDARGÊ BADARÓ Nº 550 – JD. EULINA – CEP 13063-140 – CAMPINAS – SP – FONE (19) 32418000 / 32412054 – DE SEGUNDA A SEXTA ATÉ AS 15HS. RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO - SR ALOYR JUNIOR.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO**

---

ATENCIOSAMENTE,

\_\_\_\_\_  
**Rogéria Mateus**  
**(19) 21160646 / 21160171**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV ANCHIETA Nº 200 – CENTRO  
CEP – 13015 – 904 CAMPINAS / SP

**CNPJ – 51.885.242 / 0001 – 40**