



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.

CHAVE DE TRANSFERÊNCIA AUTOMÁTICA TRIPOLAR 1000A, COM AS SEGUINTE
CARACTERÍSTICAS:

- ACIONAMENTO MOTORIZADO
- NÚMERO DE POSIÇÕES – 3 (I-0-II)
- CORRENTE TÉRMICA CONVENCIONAL (ITH) - 1000A
 - TENSÃO DE ISOLAMENTO NOMINAL (UI) - 1000V
- TENSÃO DE IMPULSO SUPORTÁVEL NOMINAL (UIMP) – 8KV
 - TENSÃO OPERAÇÃO (UE) – ATÉ 440V CA
 - NÚMERO DE PÓLOS 3
 - CORRENTE NOMINAL DE OPERAÇÃO (IE) – 1000A
- TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO DO COMANDO 220VCA/60HZ

COD 161673 QUANTIDADE 02 UNIDADES

DISJUNTOR TRIPOLAR 630A, COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS:

- CAPACIDADE DE RUPTURA (ICU): 45KA
 - CORRENTE NOMINAL (IN): 630A
- TENSÃO DE ISOLAMENTO NOMINAL (UI) - 690V
- TENSÃO MÁXIMA DE SERVIÇO (UE) – 380/415 V
 - TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO – 220V/60HZ

COD 164617 QUANTIDADE 02 UNIDADES

Segue link para consultas das compras em andamento por Dispensa de Licitação no Portal da Prefeitura de Campinas/
<https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina-dinamica/solicitacoes-orcamento-aquisicoes-2024>.

DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Será necessária a apresentação pela empresa vencedora:

7.1. No mínimo, 1 (um) atestado de capacidade técnica, que comprove que a empresa tenha fornecido objeto compatível com o contratado, podendo ser emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado.

7.2. O fornecedor deverá apresentar a ficha técnica com as especificações do equipamento de forma a permitir sua conferência frente às especificações.

7.3. Os equipamentos e acessórios cotados deverão ser novos. Não serão aceitos equipamentos e acessórios usados ou reconicionados.

7.4. Todos os equipamentos deverão estar acompanhados de manuais operacionais e técnicos (para as devidas comprovações técnicas, além de facilitar a utilização), sendo que o referido manual deverá obrigatoriamente estar escrito em língua portuguesa ou, se em língua estrangeira, acompanhado da respectiva tradução para o no vernáculo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

DA GARANTIA

7.5. O prazo de garantia dos bens objeto deste Termo de Referência deverá ser de, no mínimo, 12 (doze) meses para os equipamentos e todas as suas partes e acessórios, contra vícios de fabricação, ou pelo prazo fornecido pelo fabricante, se superior, contado do seu aceite definitivo.

7.6. Entende-se por garantia a obrigatoriedade de o fornecedor consertar ou substituir, 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.

7.7. Esclarecimentos de ordem técnica poderão ser obtidos junto à Coordenadoria de Manutenção através do e-mail iuri.rodrigues@campinas.sp.gov.br, sendo este o responsável pela análise técnica das propostas.

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).

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,

Rogéria Mateus
(19) 2116-0646

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 51.885.242 / 0001 – 40