



MUNICÍPIO DE PINHEIROS/ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COLETA DE PREÇOS

CONTRATAÇÃO DIRETA – DISPENSA POR VALOR – LEI 14.1333/2021, ART 75, INC II

A Prefeitura de Pinheiros/ES, através da Secretaria Municipal de Saúde torna público que solicita coleta de preços, mediante contratação direta por dispensa de licitação, nos termos da Lei 14.133/2021, para o fornecimento do objeto abaixo relacionado, devendo os interessados apresentarem, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis a contar da publicação na imprensa oficial, o orçamento devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado, podendo ser por via eletrônica, pelo e-mail setorcompras@pinheiros.es.gov.br, ou física, mediante recebimento formal por algum representante do órgão.

I – Objeto: Contratação de seguro automotivo

II – Critério de Julgamento: Menor preço global

III – Quantidades: 03 (três) veículos

IV – Local e Condições da prestação do serviço: o seguro cobrirá os veículos por todo território nacional pelo período de 12 meses.

V – Prazo para início da cobertura: a cobertura deverá ser iniciada à 00h do dia subsequente à ordem de serviço.

VI - Data e horário máximo para entrega das propostas: serão aceitas as propostas/documentações enviadas até às 15h00min do dia 23 de janeiro de 2025.

VII - Endereço para recebimento: Por via eletrônica, pelo e-mail setorcompras@pinheiros.es.gov.br, ou física, mediante recebimento formal por algum representante da Comissão Permanente de Licitação, na sede da Prefeitura Municipal de Pinheiros ES.

O documento deverá conter o Nome da empresa, Razão Social, CNPJ, Telefone para contato, Endereço, Nome do Responsável assinante, Prazo de validade da proposta, forma e condições de entrega, valor unitário, valor total e órgão solicitante.

Em 20 de janeiro de 2025.

Equipe de Contratação

EMAIL : setorcompras@pinheiros.es.gov.br

Tel: 27-3765-0319



MUNICÍPIO DE PINHEIROS/ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COLETA DE PREÇOS

ANEXO I

EMPRESA:
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
TEL.:
EMAIL:
ENDEREÇO:
RESPONSÁVEL :

Item	Descrição	Tempo da Cobertura	Valor
01	Ford Transit Furgão, tipo furgão, unidade odontológica móvel 0Km Ano 24/25, Chassi: WF0DTTVG2SU016533	12 meses	
02	Ford Transit Furgão, tipo ambulância, 0Km Ano 24/25 Chassi: WF0BTTVD0SU017368	12 meses	
03	Chevrolet Spin, tipo passeio, 0Km, Ano 24/25 Chassi: 9BGJC7520SB198334	12 meses	
Valor Total			

Atenção: Todos os automóveis relacionados nos itens acima devem ser assegurados, a partir da Ordem de Serviço, nos seguintes termos:

Assistência 24h, cobertura compreensiva (colisão, incêndio, roubo/furto), cobertura a terceiros, danos materiais e danos pessoais, acidentes pessoais por passageiros, franquia reduzida, franquia para vidros, retrovisores, faróis e lanternas. Cobertura a eventuais prejuízos causados por eventos estabelecidos como parâmetro da cobertura, bem como, garantir ao contratante seguro 100% (cem por cento) de indenização ou reembolso de indenizações que for obrigado a pagar. Por danos involuntários, pessoais e/ou materiais, danos morais, causados pelos veículos segurados, decorrentes de riscos cobertos. A cobertura deve abranger disponibilização de carro reserva equivalente por 30 dias. A cobertura deve abranger serviços de guincho de no mínimo 600 (seiscentos) km. O seguro deve ser realizado de acordo com o valor referenciado. O tipo de seguro será total e/ou compreensiva. A importância segurada para cada veículo será determinada pelo valor de mercado constante da tabela FIPE, com publicação no site



MUNICÍPIO DE PINHEIROS/ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COLETA DE PREÇOS

www.tabelafipe.com.br, observada a franquia reduzida. Os limites de cobertura serão cotados levando em consideração os seguintes valores: Responsabilidade civil facultativa CRF:I) Valor para indenização de danos materiais R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) II) Valor para indenização de danos corporais R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) III) Valor para indenização de danos morais/estéticos R\$ 100.000,00 (sessenta mil reais) IV) Valor para indenização APO – Morte (por Ocupante) R\$ 100.000,00 (cinquenta mil reais) V) Valor para indenização APO – Invalidez (por Ocupante) R\$ 100.000,00 (cinquenta mil reais)

Validade da proposta _____ dias.

Em, _____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura e Carimbo da Empresa.