



MINISTERIO DA SAUDE - MS  
DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA - DLOG/SE  
SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - CAIES/CGAD Aéreo  
Sistema Integrado de Administração de Material e SISMAT  
CNPJ 00.394.544.0008-51  
Nº do Pedido: 362550

**EMERGENCIAL**  
PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

Quinta-Feira, 12 de Agosto de 2021  
Página 1 de 1  
Impressão de nº 1

### NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 362550

Valor Total do Pedido: 1.279.965,35

Unidade / Entidade de Destino: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS - UF AM - CNPJ: 04312393000120 - CEP: 69060001

Descrição da Localidade: AV. ANDRE ARAUJO - 701 bairro ALEIXO

Cidade: MANAUS - AM

Telefone da Unid. / Entidade: 663-4663

Dt. Envio da Autorização: -

Data do Pedido: 12/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Autorização: 12/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	Vi. Unitário	Vi. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	4.095	4.095	312,5678516995	1.279.965,35
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 4.095	Dt. Validade: 30/11/2021 Lote: FD7210
Fabricante: PFIZER EXPORT B.V					
Programa de Saude.: Programa Nacional de Imunização					
Obs.:					

- 20.60°C  
- 20.20°C  
- 20.79°C  
- 21.03°C

Obs.: Se durante o recebimento for identificada alguma divergência, imediatamente entrar em contato com o fornecedor.

**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119  
TEL 11 6121066400  
RUA JAMIL JOAO ZARIF,, 684  
GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20227825	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 13/08/2021 05:29:04
--------	----------------------	--------------------	------------	--

ORIGEM DA PRESTAÇÃO GUARULHOS - SP	IATA ORIGEM SAO
---------------------------------------	--------------------

DESTINO DA PRESTAÇÃO MANAUS - AM	IATA DESTINO MAO
-------------------------------------	---------------------

REMETENTE CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 CNPJ / CPF 00394544003605 INSCR. EST. ISENTO UF SP PAÍS BRASIL FONE OBS.	DESTINATÁRIO SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO AMAZONAS ENDEREÇO AVENIDA ANDRE ARAUJO, 701 MUNICÍPIO MANAUS CEP 69060000 CNPJ / CPF 04312393000120 INSCR. EST. ISENTO UF AM PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO AMAZONAS ENDEREÇO AVENIDA ANDRE ARAUJO, 701 MUNICÍPIO MANAUS CEP 69060000 CNPJ / CPF 04312393000120 INSCR. EST. ISENTO UF AM PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	--

TOMADOR DO SERVIÇO ENDEREÇO CNPJ / CPF OBS.	MUNICÍPIO UF PAÍS BRASIL INSCR. EST. FONE
--	--

PRODUTO PREDOMINANTE 020 - VACINA	OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA ISOPOR
--------------------------------------	---

PESO REAL 99 kg	VOLUMES 4 un	RESPONSÁVEL REMETENTE	NOME DA SEGURADORA N° DA APÓLICE	N° DA AVERBAÇÃO
--------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------

DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS			
TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO
1	00394544003605	PED	362550

  

-20.60°C	- 20.79°C
-20.20°C	-21.03°C

OUTROS DADOS	
MOTORISTA	CPF
PLACA E VEÍCULO	

OBSERVAÇÕES  
VACINA COVID 19, MANTER TEMPERATURA ENTRE -70°C A -15°C  
DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 24.570 DOSES DA VACINA PFIZER

RNTRC DA EMPRESA 93509	CIOT	LOTAÇÃO NÃO	DATA LIMITE DE ENTREGA 15/08/2021 05:29:04
---------------------------	------	----------------	---

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFECTO ESTADO RECORRIDO

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>Remocam</u>	Estado: <u>Amazonas</u>		
Data do Recebimento: <u>13.08.21</u>	Hora do Recebimento: <u>15:15</u>		
Recebedor: <u>Cleio Soares Martins</u>	Função: <u>Enfermeira</u>		
Nota de Despacho / Nota Fiscal/ Número do Pedido:			
DESCRIÇÃO			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega:			
<u>-20.60°C, -20.20°C, -20.79°C, -21.03°C.</u>			
CONDIÇÕES DA CARGA			
	SIM	NÃO	N/A
Veículo em condições adequadas?	<u>X</u>		
Embalagens identificadas?	<u>X</u>		
Descrição do produto de acordo com o documento?	<u>X</u>		
Lote e data de validade conferem com o documento?	<u>X</u>		
Quantidade recebida confere com ND/NF/Pedido?	<u>X</u>		
Descrever divergência:			
Produto com avarias?			
Descrever avaria:			
<input type="checkbox"/> Molhado	<input type="checkbox"/> Frasco Quebrado	<input type="checkbox"/> Caixa Rasgada	<input type="checkbox"/> Outros
Descrever: _____			
AVALIAÇÃO DA ENTREGA			
Nome do motorista:		RG:	
	SIM	NÃO	N/A
Entrega cumpriu agendamento?			
OBSERVAÇÕES:			
<b>Instruções:</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preencher todos os campos do formulario no ato do recebimento e enviar a VTCLOG</li> <li>2. Na ocorrência de qualquer não conformidade/avarias, entrar em contato com a VTCLOG no prazo de 24 horas e enviar o formulário preenchido por email.</li> <li>3. Se houver avarias fotografar e enviar a VTCLOG por email.</li> <li>4. Contatos SAC: Vacinas: (61) 2105-1713; Climatizados: (61) 2105-1705; Medicamentos refrigerados e demandas judiciais: (61) 2106-6407</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>E-mail: <a href="mailto:sp-gru.torre@vtclog.com.br">sp-gru.torre@vtclog.com.br</a> e <a href="mailto:sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br">sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br</a></b></p>			
Assinatura do recebedor: _____			