



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 SIMAT  
CNPJ 00.394.544.0008-51  
Nº do Pedido: 362922

EMERGENCIAL  
PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

Sexta-Feira, 13 de Agosto de 2021  
Página 1 de 1  
Impressão de nº 1

### NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 362922

Valor Total do Pedido: 1.098.818,84

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

Data do Pedido: 13/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Envio da Autorização: -

Dt. Autorização: 13/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	3.510	3.510	313,0537997915	1.098.818,84
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 3.510	Dt. Validade: 30/09/2021 Lote: 28230BD
Fabricante: PFIZER EXPORT B.V					
Programa de Saude.: Programa Nacional de Imunização					
Obs.:					

- 21.36°C  
- 23.86°C  
- 23.25°C

**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119

TEL 11 6121066400

RUA JAMIL JOAO ZARIF,, 684

GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20228132	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 16/08/2021 00:05:06			
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	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	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 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.						
PRODUTO PREDOMINANTE 020 - VACINA		OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA Caixa					
PESO REAL 75 kg	VOLUMES 3 un	NOME DA SEGURADORA					
		RESPONSÁVEL REMETENTE	Nº DA APÓLICE	Nº DA AVERBAÇÃO			
DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS							
TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO	TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO
1	00394544003605	PED	362922				
-21.36°C 76.50% -21.86°C 73.50% -21.25°C 71.50%							
OUTROS DADOS							
MOTORISTA							
CPF		PLACA E VEÍCULO					
OBSERVAÇÕES							
DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 21060 DOSES DA VACINA PFIZER. MANTER TEMPERATURA DE -70°C A -15°C.							
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA							
RNTRC DA EMPRESA 93509	CIOT	LOTAÇÃO NÃO	DATA LIMITE DE ENTREGA 18/08/2021 00:05:01				
DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTO O PRESENTE CONTRATO							

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>Memcarr</u>	Estado: <u>Amazonas</u>		
Data do Recebimento: <u>16.08.2021</u>	Hora do Recebimento: <u>10:01</u>		
Recebido por: <u>Raissa Menezes de Sousa</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>- 24.36°C</u>			
<u>- 23.86°C</u>			
<u>- 24.25°C</u>			
CONDIÇÕES DA CARGA			
	SIM	NÃO	N/A
Veículo em condições adequadas?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Embalagens identificadas?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Descrição do produto de acordo com o documento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Lote e data de validade conferem com o documento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Quantidade recebida confere com ND/NF/Pedido?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Descrever divergência:			
Produto com avarias?		<input checked="" type="checkbox"/>	
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:		
Entrega cumpriu agendamento?	SIM	NÃO	N/A
OBSERVAÇÕES:			
Instruções:			