



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: 362552

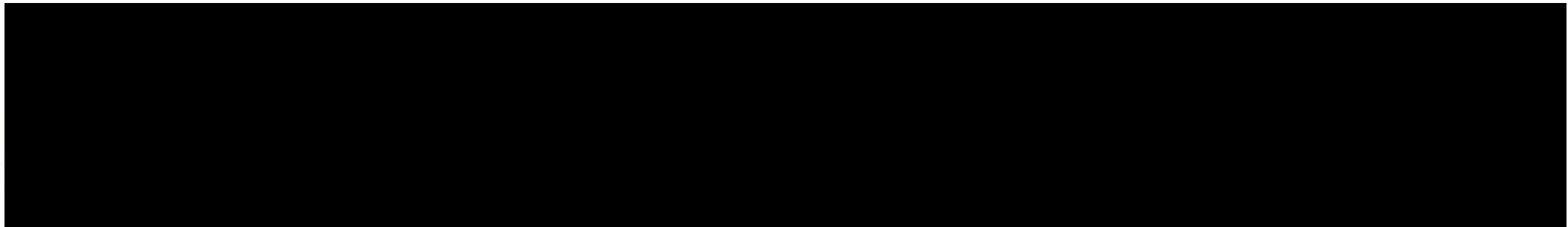
**EMERGENCIAL**  
**PERECIVEL TEMP. NEGATIVA**

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

### NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

**Nº do Pedido:** 362552 **Valor Total do Pedido:** 304.753,66  
**Unidade / Entidade de Destino:** SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAPÁ - UF AP - CNPJ: 23086176000103 - CEP: 68907630  
**Descrição da Localidade:** RUA SOCRATES S/N ATRAS DA CAF bairro RENASCER  
**Cidade:** MACAPA - AP  
**Telefone da Unid. / Entidade:** 32126202 **Data do Pedido:** 12/08/2021 **Status:** DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO  
**Dt. Envio da Autorização:** - **Dt. Autorização:** 12/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	975	975	312,5678516995	304.753,66
<b>Fornecedor:</b> PFIZER EXPORT B.V		<b>End.:</b> CÂMARA FRIA - SP	<b>Qt. Recolher:</b> 975	<b>Dt. Validade:</b> 30/11/2021	<b>Lote:</b> FD7210
<b>Fabricante:</b> PFIZER EXPORT B.V					
<b>Programa de Saúde.:</b> Programa Nacional de Imunização					
<b>Obs.:</b>					



**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119

TEL 11 6121066400

RUA JAMIL JOAO ZARIF,, 684

GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20227761	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 12/08/2021 17:24:59
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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

DESTINO DA PRESTAÇÃO MACAPA - AP	IATA DESTINO MCP
-------------------------------------	---------------------

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 AMAPÁ ENDEREÇO RUA SOCRATES , S/N, ATRAS DA CAF MUNICÍPIO MACAPA CEP 68907630 CNPJ / CPF 23086176000103 INSCR. EST. ISENTO UF AP PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF INSCR. EST. UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO AMAPÁ ENDEREÇO RUA SOCRATES , S/N, ATRAS DA CAF MUNICÍPIO MACAPA CEP 68907630 CNPJ / CPF 23086176000103 INSCR. EST. ISENTO UF AP PAÍS BRASIL FONE OBS.
---	--

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

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

PESO REAL 25 kg	VOLUMES 1 un	NOME DA SEGURADORA RESPONSÁVEL REMETENTE	N° DA APÓLICE	N° DA AVERBAÇÃO
--------------------	-----------------	--	---------------	-----------------

DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS							
TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO	TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO
1	00394544003605	PED	362552				

**OUTROS DADOS**

MOTORISTA
-----------

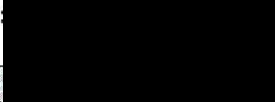
CPF	PLACA E VEÍCULO
-----	-----------------

OBSERVAÇÕES VACINA COVID19 PFIZER SEGUE 5.850 DOSES, CARGA PERECÍVEL, MANTER TEMPERATURA ENTRE -70° E -20°
---

**INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA**

RNTRC DA EMPRESA 93509	CIOT	LOTAÇÃO NÃO	DATA LIMITE DE ENTREGA 14/08/2021 17:24:58
---------------------------	------	----------------	---

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>Macaíba</u>	Estado: <u>AP</u>		
Data do Recebimento: <u>13.08.21</u>	Hora do Recebimento: <u>13:03h</u>		
Recebedor: <u>[assinatura]</u>	Função: <u>Farmacêutico</u>		
Nota de Despacho / Nota Fiscal/ Número do Pedido: 			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input checked="" type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega: <u>Temp - 22,0°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:		
	SIM	NÃO	N/A
Entrega cumpriu agendamento?			
OBSERVAÇÕES:			
<b>Instruções:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preencher todos os campos do formulário 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 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.garantia@vtclog.com.br">sp-gru.garantia@vtclog.com.br</a></b></p>			
Assinatura do recebedor: 