



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: 362735

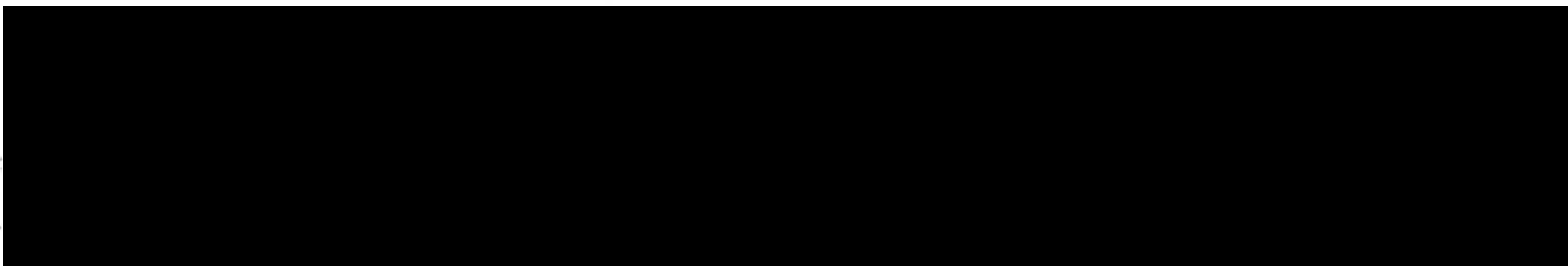
EMERGENCIAL
PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

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

NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 362735 Valor Total do Pedido: 670.458,04
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	2.145	2.145	312,5678516995	670.458,04
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 2.145	Dt. Validade: 30/11/2021 Lote: FD7210
Fabricante: PFIZER EXPORT B.V					
Programa de Saúde.: Programa Nacional de Imunização					
Obs.:					



**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

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

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20228094	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 14/08/2021 11:57:05			
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 CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 CNPJ / CPF 00394544003605 OBS.	MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 UF SP PAÍS BRASIL INSCR. EST. ISENTO FONE						
PRODUTO PREDOMINANTE 020 - VACINA		OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA Caixa					
PESO REAL 50 kg	VOLUMES 2 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	362735				
OUTROS DADOS							
MOTORISTA							
CPF		PLACA E VEÍCULO					
OBSERVAÇÕES							
DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 12.870 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 16/08/2021 11:57:02				

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>Macaíba</u>	Estado: <u>AP</u>		
Data do Recebimento: <u>15.08.2011</u>	Hora do Recebimento: <u>12:40</u>		
Recebedor: <u>Flávia Patriny A. S. Cruz</u>	Função: <u>Farmacêutica</u>		
Nota de Despacho / Nota Fiscal/ Número do Pedido: <u>Farmacêutica-Bioquímica</u> <u>CRF-AP: 216</u>			
DESCRIÇÃO			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input checked="" type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega:			
<u>Temp</u> <u>Cx1: -21,1°C</u> <u>Cx2: -21,2°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:			
Instruções: <ol style="list-style-type: none"> Preencher todos os campos do formulário no ato do recebimento e enviar a VTCLOG 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. Se houver avarias fotografar e enviar a VTCLOG por email. Contatos SAC: Vacinas: (61) 2105-1713; Climatizados: (61) 2105-1705; Medicamentos refrigerados e demandas judiciais: (61) 2106-6407 <p align="center">E-mail: sp-gru.torre@vtclog.com.br e sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br</p> <p>Assinatura do recebedor: _____ <u>[Assinatura]</u></p>			

Flávia Patriny A. S. Cruz
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-AP: 216