



MINISTERIO DA SAUDE - MS
DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA - DLOG/SE
SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - CAIES/CGAD
Sistema Integrado de Administração de Material & SISMAT
CNPJ 00.394.544.0008-51
Nº do Pedido: 363922

EMERGENCIAL

Aéreo

PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

Sábado, 21 de Agosto de 2021

Página 1 de 1

Impressão de nº 1

NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 363922

Valor Total do Pedido: 431.261,97

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: 21/08/2021

Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

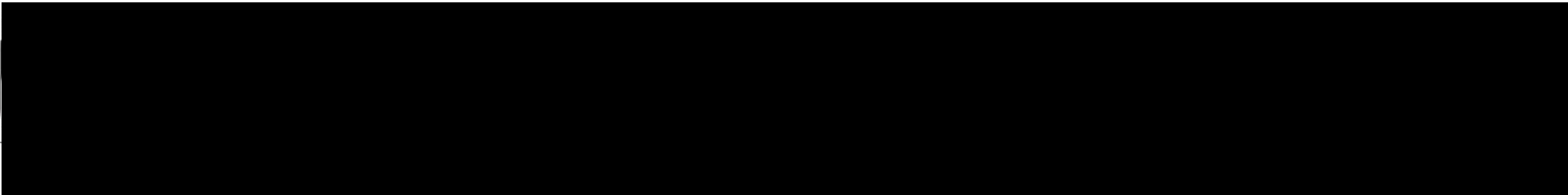
Dt. Envio da Autorização: -

Dt. Autorização: 21/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	1.365	1.365	315,9428341269	431.261,97
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 1.365	Dt. Validade: 31/12/2021 Lote: FF5107
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 20229425	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 23/08/2021 16:26:03			
ORIGEM DA PRESTAÇÃO GUARULHOS - SP		IATA ORIGEM SAO					
DESTINO DA PRESTAÇÃO MACAPA - AP		IATA DESTINO MCP					
REMETENTE ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF OBS.	CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 GUARULHOS CEP 07143000 00394544003605 INSCR. EST. ISENTO SP PAÍS BRASIL FONE	DESTINATÁRIO ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF OBS.	SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO AMAPA - UF AP RUA SOCRATES, S/N, ATRAS DA CAF MACAPA CEP 68907630 23086176000103 INSCR. EST. ISENTO AP PAÍS BRASIL FONE				
EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF OBS.		RECEBEDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF OBS.	SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO AMAPA - UF AP RUA SOCRATES, S/N, ATRAS DA CAF MACAPA CEP 68907630 23086176000103 INSCR. EST. ISENTO AP PAÍS BRASIL FONE				
TOMADOR DO SERVIÇO ENDEREÇO CNPJ / CPF OBS.	CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 00394544003605	MUNICÍPIO UF INSCR. EST.	GUARULHOS SP ISENTO	CEP PAÍS FONE 07143000 BRASIL			
PRODUTO PREDOMINANTE 020 - VACINA		OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA ISOPOR					
PESO REAL 52 kg	VOLUMES 2 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	363922				
OUTROS DADOS							
MOTORISTA							
CPF			PLACA E VEÍCULO				
OBSERVAÇÕES							
VACINA COVID19 PFIZER SEGUE 8.190 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 25/08/2021 16:26:01				
DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM BENEFÍCIO ESTABELECIDO							

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>U. Imunobiológicos ISUS</u>	Estado: <u>AP</u>		
Data do Recebimento: <u>24.08.21</u>	Hora do Recebimento: <u>13:04</u>		
Recebido por:	[REDACTED]		
Nota de Despacho / Nota Fiscal / Número do Pedido:	[REDACTED]		
DESCRIÇÃO			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input checked="" type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega: <u>cx1: -24,2°C</u> <u>cx2: -24,4°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?			
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?	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:			
Instruções:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preencher todos os campos do formulário no ato do recebimento e enviar a VTCLOG 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. 3. Se houver avarias fotografar e enviar a VTCLOG por email. 4. Contatos SAC: Vacinas: (61) 2105-1713; Climatizados: (61) 2105-1705; Medicamentos refrigerados e demandas judiciais: (61) 2106-6407 			
E-mail: sp-gru.torre@vtclog.com.br e sp-gru.garantiaaqualidade@vtclog.com.br			
Assinatura do receptor: _____			
[REDACTED]			