



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: 362567

EMERGENCIAL
Aéreo
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: 362567
Valor Total do Pedido: 4.632.255,56
Unidade / Entidade de Destino: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARA - UF CE - CNPJ: 07954571000104 - CEP: 61921430
Descrição da Localidade: Travessa 14, nº 1161 - Galpão K bairro Alto Alegre II
Cidade: MARACANAU - CE
Telefone da Unid. / Entidade: 31015123
Data do Pedido: 12/08/2021 **Status:** DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO
Dt. Autorização: 12/08/2021
Dt. Envio da Autorização: -

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	14.820	14.820	312,5678516995	4.632.255,56
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 14.820	Dt. Validade: 30/11/2021 Lote: FD7210
Fabricante: PFIZER EXPORT B.V					
Programa de Saude.: 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 20227824	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 13/08/2021 05:28:27
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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

DESTINO DA PRESTAÇÃO MARACANAU - CE	IATA DESTINO FOR
--	---------------------

REMETENTE CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 CNPJ / CPF 00394544003605 UF SP PAÍS BRASIL FONE	DESTINATÁRIO SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO CEARA ENDEREÇO TRAVESSA 14, 1161, GALPAO K MUNICÍPIO MARACANAU CEP 61921430 CNPJ / CPF 07954571000104 UF CE PAÍS BRASIL FONE
---	--

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF UF PAÍS BRASIL FONE	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO CEARA ENDEREÇO TRAVESSA 14, 1161, GALPAO K MUNICÍPIO MARACANAU CEP 61921430 CNPJ / CPF 07954571000104 UF CE PAÍS BRASIL FONE
---	---

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

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

PESO REAL 324 kg	VOLUMES 13 un	RESPONSÁVEL REMETENTE	NOME DA SEGURADORA N° DA APÓLICE	N° DA AVERBAÇÃO
---------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------

DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS				DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS			
TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO	TP. DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	NRO. DOCUMENTO
1	00394544003605	PED	362567				

OUTROS DADOS

MOTORISTA	PLACA E VEÍCULO
-----------	-----------------

CPF	OBSERVAÇÕES
-----	-------------

DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 88.920 DOSES DA VACINA PFIZER . MANTER TEMPERATURA DE -70°C A -15°C

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA

RNTRC DA EMPRESA CIOT LOTAÇÃO DATA LIMITE DE ENTREGA
NÃO 15/08/2021 05:28:20

LOCAL DE ENTREGA	
Local: <u>Aliny de Sousa</u>	Estado: <u>Ceará</u>
Data do Recebimento: <u>13/08/2021</u>	Hora do Recebimento: <u>16:30</u>
Recebido por: <u>Leadim</u>	Função: <u>Aux. Adm.</u>
Nota de Despacho / Nota Fiscal / Número do Pedido: <u>0864161</u>	

DESCRIÇÃO
<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Medicamento Percível <input type="checkbox"/> Outros
Temperatura dos Produtos no ato da entrega: <u>Vacinas</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: <u>William Rocha</u>			
	SIM	NÃO	N/A
Entrega cumpriu agendamento?			
OBSERVAÇÕES:			

Instruções:

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.garantiadaqualidade@vtclog.com.br

Assinatura do receptor: _____