



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 - SISMAT
CNPJ 00.394.544.0008-51
Nº do Pedido: 364313

EMERGENCIAL
PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

Quarta-Feira, 25 de Agosto de 2021
Página 1 de 1
Impressão de nº 1

NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 364313

Valor Total do Pedido: 6.844.923,09

Unidade / Entidade de Destino: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARA - UF CE - CNPJ: 07954571000104 - CEP: 90119900

Descrição da Localidade: Avenida Washington Soares, 7605 bairro Messejana

Cidade: MARACANAU - CE

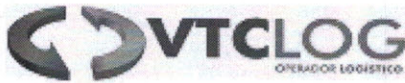
Telefone da Unid. / Entidade: 31015123

Data do Pedido: 25/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Envio da Autorização: -

Dt. Autorização: 25/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	21.255	21.255	322,0382541337	6.844.923,09
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP	Qt. Recolher: 21.255	Dt. Validade: 31/12/2021	Lote: FF5110
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 20230111	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 26/08/2021 12:33:17
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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 INSCR. EST. ISENTO UF SP PAÍS BRASIL FONE OBS.	DESTINATÁRIO ALMOXARIFADO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS - CEARÁ ENDEREÇO AV. WASHINGTON SOARES, 7605 MUNICÍPIO MARACANAU CEP 61921430 CNPJ / CPF 07954571000104 INSCR. EST. ISENTO UF CE PAÍS BRASIL FONE 31015123 OBS.
---	--

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP INSCR. EST. CNPJ / CPF UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR ALMOXARIFADO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS - CEARÁ ENDEREÇO AV. WASHINGTON SOARES, 7605 MUNICÍPIO MARACANAU CEP 61921430 CNPJ / CPF 07954571000104 INSCR. EST. ISENTO UF CE PAÍS BRASIL FONE 31015123 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.	MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 UF SP PAÍS BRASIL INSCR. EST. ISENTO FONE
--	---

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

PESO REAL 473 kg	VOLUMES 19 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	364313				

OUTROS DADOS

MOTORISTA

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

OBSERVAÇÕES

DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 127.530 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

28/08/2021 12:33:16

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>CEADIM</u>	Estado: <u>CE</u>		
Data do Recebimento: <u>26/08/21</u>	Hora do Recebimento: <u>22:40</u>		
Recebedor: <u>John Moura</u>	Função:		
Nota de Despacho / Nota Fiscal / Número do Pedido: <u>20230551</u>			
DESCRIÇÃO			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input checked="" type="checkbox"/> Outros <u>Vacinas</u>			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega:			
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: [REDACTED]			
	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 formulario 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 recebedor: _____			

