



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: 364796

**EMERGENCIAL**  
PERECIVEL DE 2 A 8

Terça-Feira, 31 de Agosto de 2021  
Página 1 de 1  
Impressão de nº 1

### NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 364796

Valor Total do Pedido: 12.478.080,00

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: 31/08/2021

Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Envio da Autorização: 31/08/2021

Dt. Autorização: 31/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	Vi. Unitário	Vi. Total
0863645	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 10 DOSES	21.440	21.440	582,0000000000	12.478.080,00
Fornecedor: FUNDAÇÃO BUTANTAN		End.: CÂMARA FRIA - SP	Qt. Recolher: 21.440	Dt. Validade: 31/08/2022	Lote: 210415
Fabricante: Sinovac Life Sciences Co. Ltd					

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 20230773	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 01/09/2021 00:01:03
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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 SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO CEARA 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 CNPJ / CPF INSCR. EST. UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO CEARA 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.	INSCR. EST. ISENTO UF SP PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	---

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

PESO REAL 616 kg	VOLUMES 18 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	364796				

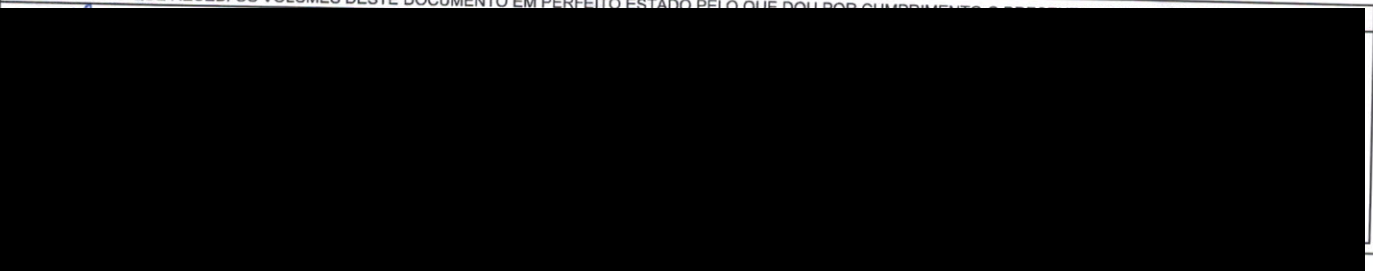
OUTROS DADOS	
MOTORISTA	

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

OBSERVAÇÕES  
DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 214.400 DOSES DA VACINA BUTANTAN . MANTER TEMPERATURA DE 2°C A 8°C

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA			
RNTRC DA EMPRESA 93509	CIOT	LOTAÇÃO NÃO	DATA LIMITE DE ENTREGA 03/09/2021 00:01:02

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOUTOR CUMPRIMENTO





LOCAL DE ENTREGA			

DESCRIÇÃO			
<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega: <i>Vacinas</i>			

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			

Entrega cumpriu agendamento?	SIM	NAO	N/A
OBSERVAÇÕES:			

**Instruções:**

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](mailto:sp-gru.torre@vtclog.com.br) e [sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br](mailto:sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br)**

Assinatura do recebedor: \_\_\_\_\_