

**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119

TEL 11 6121066400

RUA JAMIL JOAO ZARIF,, 684

GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20227835	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 13/08/2021 06:09:08
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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

DESTINO DA PRESTAÇÃO RECIFE - PE	IATA DESTINO REC
-------------------------------------	---------------------

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 DE PERNAMBUCO - ENDEREÇO AV NORTE , 6485, CASA AMARELA MUNICÍPIO RECIFE CEP 50100000 CNPJ / CPF 10572048000128 INSCR. EST. ISENTO UF PE PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF INSCR. EST. UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO - ENDEREÇO AV NORTE , 6485, CASA AMARELA MUNICÍPIO RECIFE CEP 50100000 CNPJ / CPF 10572048000128 INSCR. EST. ISENTO UF PE PAÍS BRASIL FONE OBS.
---	--

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

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

PESO REAL 273 kg	VOLUMES 11 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	362572				

OUTROS DADOS**OBSERVAÇÕES**

DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 71.370 DOSES DA VACINA PFIZER . 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 15/08/2021 06:09:02

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

LOCAL DE ENTREGA

Local: <u>SESIPE</u>	Estado: <u>PE</u>
Data do Recebimento: <u>13/08/21</u>	Hora do Recebimento: <u>17:50</u>
Recebedor: [REDACTED]	Função: <u>COORDENADORA</u>
Nota de Despacho / Nota Fiscal/ Numero do Pedido:	

DESCRIÇÃO

[] Medicamento [] Medicamento Perecível [] Outros

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?		<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: [REDACTED]

Entrega cumpriu agendamento?

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 e sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br

Assinatura do recebedor: [REDACTED]

**VTC OPERADORA LOGÍSTICA LTDA.**

CNPJ 24893687001171 | IE 796724711119

TEL 11 6121066400

RUA JAMIL JOAO ZARIF,, 684

GUARULHOS - SP | 07143000

MINUTA	MODAL AÉREO/RODOV	NÚMERO 20227835	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 13/08/2021 06:09:08
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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

DESTINO DA PRESTAÇÃO RECIFE - PE	IATA DESTINO REC
-------------------------------------	---------------------

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 DE PERNAMBUCO - ENDEREÇO AV NORTE , 6485, CASA AMARELA MUNICÍPIO RECIFE CEP 50100000 CNPJ / CPF 10572048000128 INSCR. EST. ISENTO UF PE PAÍS BRASIL FONE OBS.
--	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF INSCR. EST. UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO - ENDEREÇO AV NORTE , 6485, CASA AMARELA MUNICÍPIO RECIFE CEP 50100000 CNPJ / CPF 10572048000128 INSCR. EST. ISENTO UF PE PAÍS BRASIL FONE OBS.
---	--

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

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

PESO REAL 273 kg	VOLUMES 11 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	362572				

OUTROS DADOS**OBSERVAÇÕES**

DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 71.370 DOSES DA VACINA PFIZER . 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 15/08/2021 06:09:02
---------------------------	------	----------------	---

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE



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: 362572

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: 362572
Valor Total do Pedido: 3.717.994,60
Unidade / Entidade de Destino: SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO - UF PE - CNPJ: 10572048000128 - CEP: 50100000
Descrição da Localidade: AV. NORTE, 6485, CASA AMARELA bairro CENTRO
Cidade: RECIFE - PE
Telefone da Unid. / Entidade: 34126122
Dt. Envio da Autorização: -
Data do Pedido: 12/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO
Dt. Autorização: 12/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	Vi. Unitário	Vi. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	11.895	11.895	312,5678516995	3.717.994,60
Fornecedor:	PFIZER EXPORT B.V				
Fabricante:	PFIZER EXPORT B.V				
Programa de Saude.:	Programa Nacional de Imunização				
End.:	CÂMARA FRIA - SP	Qt. Recolher: 11.895		Dt. Validade: 30/11/2021	Lote: FD7210

Obs.:

LOCAL DE ENTREGA

Local: <u>SESIPE</u>	Estado: <u>PE</u>
Data do Recebimento: <u>13/08/21</u>	Hora do Recebimento: <u>17:50</u>
Recebedor: [REDACTED]	Função: <u>COORDENADORA</u>
Nota de Despacho / Nota Fiscal/ Número do Pedido:	

DESCRIÇÃO

Medicamento
 Medicamento Perecível
 Outros

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?		<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: [REDACTED]			
	SIM	NÃO	N/A
Entrega cumpriu agendamento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
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 e sp-gru.garantiadaqualidade@vtclog.com.br

Assinatura do recebedor: [REDACTED]