



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: 362738

**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: 362738 Valor Total do Pedido: 365.704,39  
Unidade / Entidade de Destino: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - UF RR - CNPJ: 84013408000198 - CEP: 69300000  
Descrição da Localidade: AV. SANTOS DUMONT, S/N EM FRENTE A CAER - CONJUGADO AO ALMOX bairro SÃO LUIZ  
Cidade: BOA VISTA - RR  
Telefone da Unid. / Entidade: 36232509 Data do Pedido: 12/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO  
Dt. Envio da Autorização: - Dt. Autorização: 12/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	Vi. Unitário	Vi. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	1.170	1.170	312,5678516995	365.704,39
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP	Qt. Recolher: 1.170	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 20228095	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 14/08/2021 11:57:09
--------	----------------------	--------------------	------------	--

ORIGEM DA PRESTAÇÃO GUARULHOS - SP	IATA ORIGEM SAO
DESTINO DA PRESTAÇÃO BOA VISTA - RR	IATA DESTINO BVB

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 RORAIMA ENDEREÇO AV SANTOS DUMONT, S/N, EM FRENTE A CAER - CONJUGADO AO ALMOX. MUNICÍPIO BOA VISTA CEP 69301000 CNPJ / CPF 84013408000198 INSCR. EST. ISENTO UF RR PAÍS BRASIL FONE 36232509 OBS.
--	---

EXPEDIDOR ENDEREÇO MUNICÍPIO CEP CNPJ / CPF INSCR. EST. UF PAÍS BRASIL FONE OBS.	RECEBEDOR SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE RORAIMA ENDEREÇO AV SANTOS DUMONT, S/N, EM FRENTE A CAER - CONJUGADO AO ALMOX. MUNICÍPIO BOA VISTA CEP 69301000 CNPJ / CPF 84013408000198 INSCR. EST. ISENTO UF RR PAÍS BRASIL FONE 36232509 OBS.
---	--

TOMADOR DO SERVIÇO CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO ENDEREÇO RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684 CNPJ / CPF 00394544003605 OBS.	MUNICÍPIO GUARULHOS CEP 07143000 UF SP PAÍS BRASIL INSCR. EST. ISENTO FONE
--	--

PRODUTO PREDOMINANTE 020 - VACINA	OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA Caixa	
PESO REAL 25 kg	VOLUMES 1 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	362738				

**OUTROS DADOS**

MOTORISTA	
CPF	PLACA E VEÍCULO

**OBSERVAÇÕES**

DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 7.020 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 16/08/2021 11:57:02
---------------------------	------	----------------	---

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS





# FORMULÁRIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Versão 02

Anexo 02 - GRU.TP.POP.05

LOCAL DE ENTREGA			
Local: <u>NEPNI</u>	Estado: <u>Roraima</u>		
[ ] Medicamento [ ] Medicamento Perecível [ ] Outros			
Temperatura dos Produtos no ato da entrega: <u>T. 6,5°C</u>			
CONDIÇÕES DA CARGA			
	SIM	NÃO	N/A
Veículo em condições adequadas?			
Embalagens identificadas?	<u>X</u>		
Descrição do produto de acordo com o documento?	<u>X</u>		
Lote e data de validade conferem com o documento?	<u>X</u>		
Quantidade recebida confere com ND/NF/Pedido?	<u>X</u>		
Descrever divergência:			
Produto com avarias?			
Descrever avaria:			
[ ] Molhado [ ] Frasco Quebrado [ ] Caixa Rasgada [ ] Outros			
Descrever: _____			
AVALIAÇÃO DA ENTREGA			
Nome do motorista:	RG:		
	SIM	NÃO	N/A
Entrega cumpriu agendamento?			
OBSERVAÇÕES:			

