



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 e SISMAT
CNPJ 00.394.544.0008-51
Nº do Pedido: 362926

EMERGENCIAL
PERECIVEL TEMP. NEGATIVA

Sexta-Feira, 13 de Agosto de 2021
Página 1 de 1
Impressão de nº 1

NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 362926

Valor Total do Pedido: 305.227,45

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: 13/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Envio da Autorização: -

Dt. Autorização: 13/08/2021

Código	Descrição	Qt. Autorizado	Qt. Entregue	VI. Unitário	VI. Total
0864161	VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES	975	975	313,0537997915	305.227,45
Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V		End.: CÂMARA FRIA - SP		Qt. Recolher: 975	Dt. Validade: 30/09/2021 Lote: 28230BD
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 20228135	FL. 1/1	DATA E HORA EMISSÃO 16/08/2021 00:05:09
--------	----------------------	--------------------	------------	--

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 CAIXAS
--------------------------------------	---

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	362926				

OUTROS DADOS

MOTORISTA	
-----------	--

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

OBSERVAÇÕES
DECLARO QUE RECEBI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 5850 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 18/08/2021 00:05:04

LOCAL DE ENTREGA

Local: <u>NEPNI</u>	Estado: <u>Paraná</u>
Data do Recebimento: <u>16/08/21</u>	Hora do Recebimento: <u>12:48</u>
Recebedor:	[REDACTED]
Nota de Despacho / Nota Fiscal / Número do Pedido:	[REDACTED]
DE	
<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Me	
Temperatura dos Produtos no ato da entrega:	<u>20,79</u>

CONDIÇÕES DA CARGA

	SIM	NÃO	N/A
Veículo em condições adequadas?			
Embalagens identificadas?			
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:			
<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:	RG:
Entrega cumpriu agendamento?	SIM NÃO N/A
OBSERVAÇÕES:	