



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 SIMMAT  
CNPJ 00.394.544.0008-51  
Nº do Pedido: 363925

**EMERGENCIAL**  
**PERECIVEL TEMP. NEGATIVA**

Sábado, 21 de Agosto de 2021  
Página 1 de 1  
Impressão de nº 1

### NOTA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Nº do Pedido: 363925

Valor Total do Pedido: 369.653,12

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

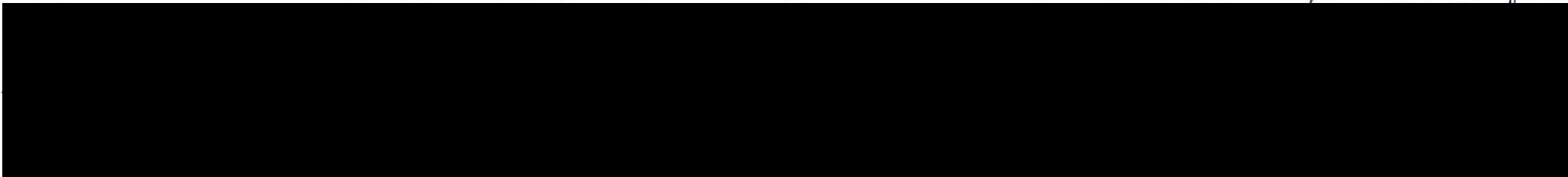
Data do Pedido: 21/08/2021 Status: DISPONÍVEL P/ EXPEDIÇÃO

Dt. Envio da Autorização: -

Dt. Autorização: 21/08/2021

| Código  | Descrição                         | Qt. Autorizado         | Qt. Entregue        | Vi. Unitário             | Vi. Total    |
|---|-----------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|--------------|
| 0864161   | VACINA CONTRA SARS-COV2 - 6 DOSES | 1.170                  | 1.170               | 315,9428341269           | 369.653,12   |
| Fornecedor: PFIZER EXPORT B.V                       |                                   | End.: CÂMARA FRIA - SP | Qt. Recolher: 1.170 | Dt. Validade: 31/12/2021 | Lote: FF5107 |
| 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<br>AÉREO/RODOV | NÚMERO<br>20229300 | FL.<br>1/1 | DATA E HORA EMISSÃO<br>23/08/2021 00:13:06 |
|--------|----------------------|--------------------|------------|--|

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| ORIGEM DA PRESTAÇÃO<br>GUARULHOS - SP | IATA ORIGEM<br>SAO |
|---------------------------------------|--------------------|

|  |                     |
|--|---------------------|
| DESTINO DA PRESTAÇÃO<br>BOA VISTA - RR | IATA DESTINO<br>BVB |
|--|---------------------|

|   |   |
|---|---|
| REMETENTE<br>CDL-ICS/MS CENTRO DE DISTRIBUICAO<br>ENDEREÇO<br>RUA JAMIL JOAO ZARIF, 684<br>MUNICÍPIO<br>GUARULHOS<br>CEP<br>07143000<br>CNPJ / CPF<br>00394544003605<br>INSCR. EST. ISENTO<br>UF<br>SP PAÍS BRASIL FONE<br>OBS. | DESTINATÁRIO<br>SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE RORAIMA<br>ENDEREÇO<br>AV SANTOS DUMONT, S/N, EM FRENTE A CAER -<br>CONJUGADO AO ALMOX.<br>MUNICÍPIO<br>BOA VISTA<br>CEP<br>69301000<br>CNPJ / CPF<br>84013408000198<br>INSCR. EST. ISENTO<br>UF<br>RR PAÍS BRASIL FONE<br>36232509<br>OBS. |
|---|---|

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

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

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| PRODUTO PREDOMINANTE<br>020 - VACINA | OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA<br>ISOPOR |
|--------------------------------------|---|

|                    |                 |                          |               |                 |
|--------------------|-----------------|--------------------------|---------------|-----------------|
| PESO REAL<br>25 kg | VOLUMES<br>1 un | NOME DA SEGURADORA       |               |                 |
|                    |                 | RESPONSÁVEL<br>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   | 363925         |          |                   |       |                |

**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 -20°C

**INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL AÉREO/RODOV - CARGA FRACIONADA**RNTRC DA EMPRESA  
93509

CIOT


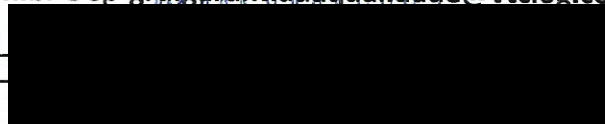
LOTAÇÃO

NÃO

DATA LIMITE DE ENTREGA

25/08/2021 00:13:02

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES DOCUMENTOS EM PERFECTO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIMENTOS

| LOCAL DE ENTREGA   |                                    |     |     |
|--|------------------------------------|-----|-----|
| Local: <u>NEPNI</u>  | Estado: <u>RO RAIMA</u>            |     |     |
| Data do Recebimento: <u>23/08/21</u>   | Hora do Recebimento: <u>12:30h</u> |     |     |
| Recebido por:    |                                    |     |     |
| Nota de Despacho / Nota Fiscal / Numero do Pedido: <u>363925</u>   |                                    |     |     |
| DESCRIÇÃO  |                                    |     |     |
| <input type="checkbox"/> Medicamento <input checked="" type="checkbox"/> Medicamento Perecível <input type="checkbox"/> Outros   |                                    |     |     |
| Temperatura dos Produtos no ato da entrega:  |                                    |     |     |
| <u>- 20,27</u>   |                                    |     |     |
| CONDIÇÕES DA CARGA   |                                    |     |     |
|  | SIM                                | NÃO | N/A |
| Veículo em condições adequadas?  | <u>X</u>                           |     |     |
| 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:  |                                    |     |     |
| <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: |     |
|  | SIM                                | NÃO | N/A |
| Entrega cumpriu agendamento?   |                                    |     |     |
| OBSERVAÇÕES:   |                                    |     |     |
| <b>Instruções:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Preencher todos os campos do formulario no ato do recebimento e enviar a VTCLOG</li> <li>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.</li> <li>Se houver avarias fotografar e enviar a VTCLOG por email.</li> <li>Contatos SAC: Vacinas: (61) 2105-1713; Climatizados: (61) 2105-1705; Medicamentos refrigerados e demandas judiciais: (61) 2106-6407</li> </ol> <p align="center"><b>E-mail: <a href="mailto:sp-gru.torre@vtclog.com.br">sp-gru.torre@vtclog.com.br</a> e <a href="mailto:sp-gru.garantiaqualidade@vtclog.com.br">sp-gru.garantiaqualidade@vtclog.com.br</a></b></p> |                                    |     |     |
| Assinatura do recebedor:   |                                    |     |     |