

|  |
| --- |
| **MATERIAL BIOLÓGICO- FRÁGIL - REUNIDAS** |
| **REMETENTE** |
| **INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MUNICÍPIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SC**  **RESPONSÁVEL PELO ENVIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONTATO TELEFÔNICO: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMAÇÕES DA REUNIDAS** |
| **Nº ÔNIBUS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **SAÍDA: DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ HORÁRIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_H** |
| **CHEGADA EM FLORIANÓPOLIS: LOCAL: RODOVIÁRIA ( ) GARAGEM ( )**  **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_H** |
| **PAGADOR DO FRETE: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**  **CNPJ DO PAGADOR: 80.673.411/0001-87 - CONTRATO 464/2021** |
| **DESTINATÁRIO: SC TRANSPLANTES - RUA ESTEVES JÚNIOR 390 - CENTRO FLORIANÓPOLIS SANTA CATARINA - 4° ANDAR - CEP 88.015-130** |
| **RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO EM FLORIANÓPOLIS: MOTORISTA DA SC TRANSPLANTES** |



**TOMADOR DO SERVIÇO = FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

**CNPJ = 80.673.411/0001-87 - CONTRATO NÚMERO 464/2021**

**DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO E RESPONSABILIDADE**

Declaro, para os devidos fins de direito, que os bens abaixo discriminados, não existem mercadorias destinadas a fins comerciais, drogas ou contrabando, materiais perecíveis, deterioráveis e frágeis ocultos, dinheiro, Bens frutos de contrabando ou adquiridas sem emissão da competente documentação fiscal ou quaisquer outros objetos sujeitos a tributos Municipais, Estaduais ou Federais, ou que possam violar o monopólio postal, responsabilizando-me por quaisquer multas ou prejuízos decorrente de informações incorretas que venham causar danos e bens de terceiros, ao equipamento de transporte ou a apreensão pela fiscalização competente, isentando de qualquer responsabilidade a REUNIDAS S.A TRANSPORTES COLETIVOS, REUNIDAS TRANS. RODOVIARIO DE CARGAS S.A., REAL TRANSPORTE E TURISMO S.A. Responsável pelo seu transporte. Estou ciente ainda de que, em caso de acidente ou extravio, só terei direito ao ressarcimento do valor por mim declarado.

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BAIRRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO DESTINATÁRIO: SC TRANSPLANTES**

**Fone: 08006437474 (ligação gratuita)**

**Rua Esteves Júnior** **- n° 390 - 4° Andar** - **CEP 88015-130**

**CENTRO - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**IDENTIFICAÇÃO DOS BENS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOLUME** | **QTD** |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBS: CADA ITEM DEVERÁ SER DECLARADO NO VALOR DE R$ 100,00.**

VALOR TOTAL DECLARADO: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_