

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 079/2017

**DESTINATÁRIO: SC TRANSPLANTES - RUA ESTEVES JÚNIOR 390 - CENTRO
FLORIANÓPOLIS SANTA CATARINA - 4º 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 079/2017
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: _____