

DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE

Eu, Dr. _____, portador do CPF nº _____ e CRM/CRQ/CRF/CRBM (especificar o órgão de classe) nº _____, informo que não pratico de modo habitual, operações relativas a circulação de mercadorias, prestação de serviços de transporte interestadual ou intermunicipal e ou de comunicação, não estando enquadrado como contribuinte sujeito ao ICMS - Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços.

Face ao acima exposto, **declaro** estar enviando amostras de material biológico sem a emissão da respectiva nota fiscal.

"Dispensada emissão de NF conforme Resposta Consulta Tributária Nº 9060 de 05/04/2016".

Declaro ainda, que este material não está classificado como artigo restrito para transportes aéreo ou rodoviário e que está sendo efetuado em conformidade com as regulamentações da **IATA Vigentes** e **Resolução 5947/ANTT** de 01/06/2021 do MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES.

Por fim, informo que estes materiais se encontram adequadamente acondicionados para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento e transporte conforme a regulamentação em vigor.

Descrição do conteúdo:

Biological Substance, Category B (Substancia Biológica, Categoria B) – UN3373

Tipo de embalagem:

Conforme disposto na instrução de embalagem 650 das regulamentações **IATA Vigentes** e **Resolução 5947/ANTT** de 01/06/2021 do MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES.

Tipo de Substância:

Sangue () - () Qnt Tubos - ()MI por Tubo - ()MI Total
Soro () - () Qnt Tubos - ()MI por Tubo - ()MI Total
Urina () - () Qnt Tubos - ()MI por Tubo - ()MI Total
Plasma () - () Qnt Tubos - ()MI por Tubo - ()MI Total
Tecido () - () Qnt Tubos - ()Mg por Tubo - ()Mg Total
Fezes () - () Qnt Tubos - ()Mg por Tubo - ()Mg Total
Vacina () - () Qnt Tubos - ()Mg por Tubo - ()Mg Total

Outro tipo, especifique:

Quantidade total: ml / mg

Quantidade de Gelo Seco: Kg.

Finalidade: Para fins diagnósticos laboratoriais de origem humana.

MATERIAL BIOLÓGICO, NÃO PODERÁ SER SUBMETIDO AO RAIOS X.

Valor para efeito de Transporte: R\$ 15,00

Transportador: Logistics Clinical Transport do Brasil Ltda. – CNPJ: 11.447.267/0001-48

Destinatário: DASA

Local: RJ

Endereço: Parque Duque, Duque de Caxias, RJ, CEP: 25085-007

Contato:

Telefones de Emergência: (00) 0000-0000 / (00) 9 0000-0000

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente e assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações aqui prestadas.

Cidade Remetente ____/____/____

Nome da instituição e CNPJ

Dr. _____ **- CRM Nº** _____

Endereço:

Contato:

