

# 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:**

