

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE****Nome Fantasia:** BANCO DE SANGUE SANTA TERESA LTDA**CNPJ:** 03.007.588/0001-01**Responsável Técnico:** DR. LEANDRO FELIPE FIGUEIREDO DALMAZZO**Endereço:** RUA PAULINO AFONSO, 477 – PETRÓPOLIS/RJ**Tel/Fax:** 24 – 2245-2324**E-mail:** marcio.rodrigo@grupogsh.com**SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO****Nome Fantasia:** SÃO LUCAS MÉDICO HOSPITALAR LTDA**CNPJ:** 13.131.370/0001-00**Responsável Técnico:** PRISCILA OLIVEIRA PERCOUT**Endereço:** AV. STANLEY SILVEIRA, 33 – ARACAJÚ/SE**Tel/Fax:** 16 – 3610 - 1515**E-mail:** marcio.rodrigo@grupogsh.com**ESCOPO****Autorizado através do Ofício nº 335/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Hemocomponentes eritrocitários, plasmáticos e plaquetários** (200 unidades/mês/cada), com a finalidade de **Transfusão**.

Data da Emissão: 20/08/2019**Validade:** 12 Meses após a anuência.