

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.rodrico@grupogsh.com	
SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO	
Nome Fantasia: HEMATO – SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA LTDA CNPJ: 13.894.995/0001-23 Responsável Técnico: MARIA LSABEL AYROSA MADEIRA Endereço: AV. LINS PETIT, 264 – RECIFE/PE Tel/Fax: 81 - 3972 – 4050 E-mail: marcio.rodrico@grupogsh.com	
ESCOPO	
Autorizado através do Ofício nº 286/2019/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: 22/07/2019	Validade: 12 Meses após a anuência.