

**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.rodriigo@grupogsh.com](mailto:marcio.rodriigo@grupogsh.com)

**SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO**

**Razão Social:** SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA LTDA

**CNPJ:** 50.723.774/0001-19

**Responsável Técnico:** MARIA ISABEL AYROSA MADEIRA

**Endereço:** RUA QUINTINO BOCAIUVA, 895 – RIBEIRÃO PRETO/SP

**Tel/Fax:** 16 – 3610 – 1515

**E-mail:** [marcio.rodriigo@grupogsh.com](mailto:marcio.rodriigo@grupogsh.com)

**ESCOPO**

**Autorizado através do Ofício nº 289/2019/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:** 23/07/2019

**Validade:** 12 Meses após a anuência.