

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE  
SANGUE E COMPONENTES**

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE**

**Razão Social:** BANCO DE SANGUE DE CAXIAS DO SUL  
**Nome Fantasia:** BANCO DE SANGUE DE CAXIAS DO SUL  
**CNPJ:** 88.644539/0001-24  
**Responsável Técnico:** Mariangela Moschen  
**Endereço:** Rua Garibaldi, 476, 1º e 2º andar – Caxias do Sul/RS  
**Tel/Fax:** 54 – 3027 – 8600  
**E-mail:** [patricia@bancodesangue.com.br](mailto:patricia@bancodesangue.com.br)

**SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO**

**Razão Social:** CENTRO DE HEMOTERAPIA CELULAR EM MEDICINA S/S LTDA.  
**Nome Fantasia:** CENTRO DE HEMOTERAPIA CELULAR EM MEDICINA  
**CNPJ:** 52.349.628/0001-09  
**Responsável Técnico:** José Francisco Comenalli Marques Junior  
**Endereço:** Rua Onze de Agosto, 415 - Campinas/SP  
**Tel/Fax:** 19 – 3231 - 0795  
**E-mail:** [ricardohaddad@h2ac.com.br](mailto:ricardohaddad@h2ac.com.br)

**ESCOPO**

**Autorizado através do Ofício nº 155/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

Refere-se ao o transporte de **300 Unidades/Mês de Concentrado de Hemácias e 250 unidades/Mês de Concentrado de Plaquetas**, com a finalidade de **Transfusão**.

**Data da Emissão:** 10/04/2019

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