

**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  
**Responsável Legal:** Patrícia da Paixão  
**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 CAMPINAS  
**CNPJ:** 52.349.628/0001-09  
**Responsável Técnico:** Afonso Celso Vigorito  
**Responsável Legal:** José Francisco Comenalli Marques Junior  
**Endereço:** Rua Onze de Agosto, 415 – Campinas/SP  
**Tel/Fax:** 19 – 3236 – 0795  
**E-mail:** [ricardohaddad@h2ac.com.br](mailto:ricardohaddad@h2ac.com.br)

**ESCOPO**

**Autorizado através do ofício n° 378/2017 – GSTCO/GGMED/DIARE**

Refere-se ao transporte de **Hemocomponentes eritrocitários** (200 und./mês), **Hemocomponentes plasmáticos** (10 und./mês) e **Hemocomponentes plaquetários** (150 und./mês), com a finalidade de **Transfusão**.

**Data da Emissão:** 14/08/2017

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