

**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:** Ivan Carlos Fernandes  
**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:** IMUNOLAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS S/S LTDA.  
**Nome Fantasia:** IMUNOLAB  
**CNPJ:** 65.714.479/0001-73  
**Responsável Técnico:** Dante Mário Langhi Junior  
**Responsável Legal:** Dante Mário Langhi Junior  
**Endereço:** Av. Pacaembu, 1261 – São Paulo/SP  
**Tel/Fax:** 11 – 3663 – 4050  
**E-mail:** [imunolab@imunolabbr.com.br](mailto:imunolab@imunolabbr.com.br)

**ESCOPO**

**Autorizado através do ofício nº 361/2017 – GSTCO/GGMED/DIARE**

Refere-se ao transporte de 4500 und/mês de **amostra de doadores** para **triagem laboratorial** e 10 und/mês de hemocomponentes plaquetários com a finalidade de controle de qualidade.

**Data da Emissão:** 25/07/2017

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