

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE

Razão Social: HEMOCLÍNICA – CLÍNICA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA LTDA.

CNPJ: 03.496.858/0001-87

Responsável Técnico: ELIZABETH RIBEIRO DA COSTA CAMPOS

Endereço: SHLS QD. 716 CONJ. C BLOCO C – ASA SUL – BRASÍLIA/DF

Tel/Fax: 61 – 3433 – 0235

E-mail: qualidadehemoclinicadf@gmail.com

SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO

Razão Social: BANCO DE SANGUE PAULISTA LTDA

CNPJ: 62.100.680/0001-72

Responsável Técnico: ALVARO PONTES LANGHI

Endereço: RUA DR. ALAN DE CAMPOS RODRIGUES, 46, 5º ANDAR – SÃO PAULO/SP

Tel/Fax: 11 – 3048 – 8969

E-mail: med@bancodesanguelpaulista.com.br

ESCOPO

Autorizado através do Ofício nº 22/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Hemocomponentes Eritrocitários (180 Und./Mês)**, **Hemocomponentes Plaquetário (40 Und./Mês)**, **Hemocomponentes Plasmático (20 Und./Mês)** e **Crioprecipitado (10Und./Mês)**, com a finalidade de **Transfusão**.

Data da Emissão: 01/02/2019.

Validade: 12 Meses após a anuência.