

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: HEMOSERVICE – SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA LTDA

CNPJ: 19.418.169/0002-75

Responsável Técnico: ADRIELI DE SOUZA LOUREIRO

Endereço: RUA CEARÁ, 195, LOJAS 5 E 6 – SANTA EFIGÊNIA – BELO HORIZONTE/MG

Tel/Fax: 31 – 3218 – 1300

E-mail: gerenciatecnica@hemoservice.com.br

ESCOPO

Autorizado através do Ofício nº 21/2019/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.