

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE

RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

CNPJ: 15.865.630/0001-04

RESPONSÁVEL TÉCNICO: LEO SEKINE

ENDEREÇO: RUA SÃO MANOEL, 543 – PORTO ALEGRE/RS

TEL/FAX: 51 – 3359 – 7550

E-MAIL: LSEKINE@HCPA.EDU.BR

SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO

RAZÃO SOCIAL: HEMOSC – FAHECE – FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC

CNPJ: 86.897.113/0001-57

RESPONSÁVEL TÉCNICO: DENISE LINHARES GERENT

ENDEREÇO: AV. OTHON GAMA D'ÊÇA, 156 – FLORIANÓPOLIS/SC

TEL/FAX: 48 – 3251 – 9721

E-MAIL: DLG.FEM@HEMOSC.ORG.BR

ESCOPO

AUTORIZADO ATRAVÉS DO OFÍCIO Nº OFÍCIO Nº 483/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

REFERE-SE AO TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE DE DOADOR (1.500 UNIDADES/MÊS) COM FINALIDADE DE TRIAGEM LABORATORIAL.

DATA DA EMISSÃO: 28/11/2019

VALIDADE: 12 MESES APÓS A ANUÊNCIA.