

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE  
INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES**

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE**

**RAZÃO SOCIAL:** HEMOTERAPIA DO VALE DO TAQUARI LTDA - HEMOVALE

**CNPJ:** 03.130.159/0001-19

**RESPONSÁVEL TÉCNICO:** GABRIELLE LAZZARETTI

**ENDEREÇO:** AV. BENJAMIN CONSTANT, 881 – 2º ANDAR – CENTRO – LAJEADO/RS

**TEL/FAX:** 51 – 3748 - 0442

**E-MAIL:** [SOROLOGIA@HEMOVALE.COM.BR](mailto:SOROLOGIA@HEMOVALE.COM.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'EÇA, 156 – FLORIANÓPOLIS/SC

**TEL/FAX:** 48 – 3251 – 9721

**E-MAIL:** [SOROLOGIA@FNS.HEMOSC.ORG.BR](mailto:SOROLOGIA@FNS.HEMOSC.ORG.BR)

**ESCOPO**

**Autorizado através do Ofício nº Ofício nº 470/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

Refere-se ao transporte de **AMOSTRAS DE SANGUE DE DOADOR (900 unidades/mês)** com finalidade de **TRIAGEM LABORATORIAL**.

**Data da Emissão:** 25/11/2019

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