

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

## **SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE**

**RAZÃO SOCIAL:** INSTITUTO PARANAENSE DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA S.A.

**CNPJ:** 75.092.189/0001-99

**RESPONSÁVEL TÉCNICO:** PAULO TADEU RODRIGUES DE ALMEIDA

**ENDEREÇO:** RUA CAPITÃO SOUZA FRANCO, 290 – CURITIBA/PR

**TEL/FAX:** 41 – 3023 – 5545

**E-MAIL:** [HEMOBANCO@HEMOBANCO.COM.BR](mailto:HEMOBANCO@HEMOBANCO.COM.BR)

## **SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO**

**NOME FANTASIA:** LIAC LABORATÓRIO INTEGRADO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO RIO DE JANEIRO LTDA

**CNPJ:** 04.984.841/0002-12

**RESPONSÁVEL TÉCNICO:** RENATA GAMA FLORES A. DA SILVA

**ENDEREÇO:** RUA UBERABA, 100 – GRAJAÚ – RIO DE JANEIRO/RJ

**TEL/FAX:** 21 – 2234 – 3414

**E-MAIL:** [LIACAPOIO58@GMAIL.COM](mailto:LIACAPOIO58@GMAIL.COM)

## **ESCOPO**

**AUTORIZADO ATRAVÉS DO OFÍCIO Nº 484/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

TRATA-SE DE UMA ATIVIDADE **ROTINEIRA**, PARA O TRANSPORTE DE **AMOSTRAS DE SANGUE (2.500 UND./MÊS)**, COM A FINALIDADE DE **TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADOR**.

**DATA DA EMISSÃO:** 28/11/2019

**VALIDADE:** 12 MESES APÓS A ANUÊNCIA.