

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

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE**

NOME FANTASIA: HEMATOLOGISTAS ASSOCIADOS LTDA  
CNPJ: 68.605.278/0001-26  
RESPONSÁVEL TÉCNICO: CARLOS JOSÉ BARBOSA CAMPOS  
ENDEREÇO: RUA CONDE DE IRAJÁ, 183 – RIO DE JANEIRO/RJ  
TEL/FAX: 21 – 2537-7440  
E-MAIL: [jacquelineg.freitas@ig.com.br](mailto:jacquelineg.freitas@ig.com.br); [catia@hematologistas.com.br](mailto:catia@hematologistas.com.br)

**SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO**

NOME FANTASIA: VITA HEMOTERAPIA LTDA  
CNPJ: 25.463.432/0001-79  
RESPONSÁVEL TÉCNICO: TÚLIO TALSON ARAÚJO  
ENDEREÇO: RUA JUIZ DE FORA, 941 – BARRO PRETO – BELO HORIZONTE/MG  
TEL/FAX: 31 – 3656 - 3193  
E-MAIL: [tayna@vitahemoterapia.com.br](mailto:tayna@vitahemoterapia.com.br)

**ESCOPO**

**Autorizado através do Ofício nº 88/2020/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Hemocomponentes eritrocitários (50 Und./Mês)**, **Hemocomponentes plaquetários (10 Und./Mês)** e **Hemocomponentes plasmáticos (10 Und./Mês)**, com a finalidade de **Transfusão**.

**EMIÇÃO**

13/03/2020

**VALIDADE**

12 Meses após a Emissão