

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE

NOME FANTASIA: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – NÚCLEO DE HEMOTERAPIA
CNPJ: 92.787.118/0001-20
RESPONSÁVEL TÉCNICO: MARCO ANTONIO WINCKLER
ENDEREÇO: AV. FRANCISCO TREIN, 596 – PORTO ALEGRE/RS
TEL/FAX: 51 – 3357 - 2139
E-MAIL: bsangue@ghc.cm.br

SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO

NOME FANTASIA: HEMOSC - FAHECE
CNPJ: 86.897.113/0001-57
RESPONSÁVEL TÉCNICO: GUILHERME GENOVEZ
ENDEREÇO: AV. OTHON GAMA D'EÇA, 756 – FLORIANÓPOLIS/SC
TEL/FAX: 48-3212-1300
E-MAIL: sms.fln@hemosc.org.br

ESCOPO

Autorizado através do Ofício nº 92/2020/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Amostras de sangue (2.000 UND./MÊS)**, com a finalidade de **triagem laboratorial de doador**.

EMIÇÃO	13/03/2020	VALIDADE	12 Meses após a Emissão
---------------	------------	-----------------	-------------------------