

# AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

## SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE

NOME FANTASIA: INSTITUTO PARANAENSE DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA S.A.  
CNPJ: 75.092.189/0001-99  
RESPONSÁVEL TÉCNICO: PAULO TADEU RODRIGUES ALMEIDA  
ENDEREÇO: RUA CAPITÃO SOUZA FRANCO, 290 - BIGORRILHO - 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: HEMATOLOGISTAS ASSOCIADOS  
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)

## ESCOPO

### Autorizado através do Ofício nº 84/2020/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Hemocomponentes eritrocitários (100 Und./Mês)**, **Hemocomponentes plaquetários (50 Und./Mês)** e **Hemocomponentes plasmáticos (50 Und./Mês)**, com a finalidade de **Transfusão e Procedimentos Especiais**.

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