

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

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE**

**RAZÃO SOCIAL:** VITA HEMOTERAPIA  
**CNPJ:** 25.463.423/0001-79  
**RESPONSÁVEL TÉCNICO:** TÚLIO TALSON ARAÚJO  
**ENDEREÇO:** R. JUIZ DE FORA, 941 – BELO HORIZONTE/MG  
**TEL/FAX:** 31 – 3335 – 6600  
**E-MAIL:** [QUALIDADE@VITAHEMOTERAPIA.COM.BR](mailto:QUALIDADE@VITAHEMOTERAPIA.COM.BR)

**SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO**

**RAZÃO SOCIAL:** INSTITUTO PASQUINI DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA S.A  
**CNPJ:** 08.250.462/0001-79  
**RESPONSÁVEL TÉCNICO:** PAULO TADEU RODRIGUES ALMEIDA  
**ENDEREÇO:** R. ALCIDES MUNHOZ, 433 – CURITIBA/PR  
**TEL/FAX:** 41 – 2340 - 6578  
**E-MAIL:** [QUALIDADE@INSTITUTOPASQUINI.COM.BR](mailto:QUALIDADE@INSTITUTOPASQUINI.COM.BR)

**ESCOPO**

**AUTORIZADO ATRAVÉS DO OFÍCIO Nº 471/2019/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA**

TRATA-SE DE UMA ATIVIDADE **ROTINEIRA**, PARA O TRANSPORTE DE **HEMOCOMPONENTES ERITROCITÁRIOS, PLASMÁTICOS E PLAQUETÁRIOS (05 UND./MÊS/CADA)**, COM A FINALIDADE DE **TRANSFUSÃO**.

**DATA DA EMISSÃO:** 26/11/2019

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