

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REMETENTE

Razão Social: HEMOCENTRO SÃO LUCAS – TERAPIA CELULAR

CNPJ: 57.001.604/0005-01

Responsável Técnico: ADELSON ALVES DA SILVA

Endereço: RUA ITATIARA, 153 – PACAEMBU – SÃO PAULO/SP

Tel/Fax: 11 – 3660 - 6000

E-mail: michele.manzarotto@hemocentrosaolucas.com.br

SEDE DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DESTINATÁRIO

Razão Social: HEMOCENTRO SÃO LUCAS – TERAPIA CELULAR

CNPJ: 57.001.604/0044-00

Responsável Técnico: ARIETTE LUIZE PIRES DO SANTOS

Endereço: RUA COMENDADOR BERNARDO CATARINO, 01 – SALVADOR/BA

Tel/Fax: 71 – 3245 - 2891

E-mail: michele.manzarotto@hemocentrosaolucas.com.br

ESCOPO

Autorizado através do Ofício nº 26/2020/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Trata-se de uma atividade **ROTINEIRA**, para o transporte de **Hemocomponentes eritrocitários e plaquetários (500 Und./Mês/cada)** com a finalidade de **Transfusão**, e **Amostras de sangue (1.000 Und./Mês)**, com a finalidade de **Triagem laboratorial de doador**.

Data da Emissão: 03/02/2020

Validade: 12 Meses após a anuência.