

## FORMULÁRIO DE PETICIONAMENTO AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

**1- Tipo de Peticionamento:**

 a.  Rotina    b.  Emergencial

**2- Material Biológico a ser transportado**

Produto a ser transportado	Quantidade mensal	Finalidade
<input type="checkbox"/> Sangue Total		<input type="checkbox"/> Transfusão <input type="checkbox"/> Processamento <input type="checkbox"/> Procedimentos especiais <input type="checkbox"/> Triagem laboratorial de doadores <input type="checkbox"/> Outra: <b>Obs: NÃO CABE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO</b> para fins de controle de qualidade, fabricação de reagentes, painéis de controle de qualidade, e envio a indústria fracionadora de hemoderivados.
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Eritrocitário		
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Plaquetário		
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Plasmático		
<input type="checkbox"/> Amostras biológicas		
<input type="checkbox"/> Outro:		

**3- Identificação dos Serviços**
**a. REMETENTE**

<b>Nome:</b>		
<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> UC fixa <input type="checkbox"/> UC móvel <input type="checkbox"/> UCT <input type="checkbox"/> CTLD <input type="checkbox"/> AT		
<b>Natureza:</b> <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado – SUS <input type="checkbox"/> Filantrópico-SUS		
<b>Responsável Técnico:</b>		<b>CRM:</b>
<b>CNPJ:</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>Tel.:</b>
<b>Cidade/UF:</b>		

**b. DESTINATÁRIO**

<b>Nome:</b>		
<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> UC fixa <input type="checkbox"/> UC móvel <input type="checkbox"/> UCT <input type="checkbox"/> CTLD <input type="checkbox"/> AT		
<b>Natureza:</b> <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado – SUS <input type="checkbox"/> Filantrópico-SUS		
<b>Responsável Técnico:</b>		<b>CRM:</b>
<b>CNPJ:</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>Tel.:</b>
<b>Cidade/UF:</b>		

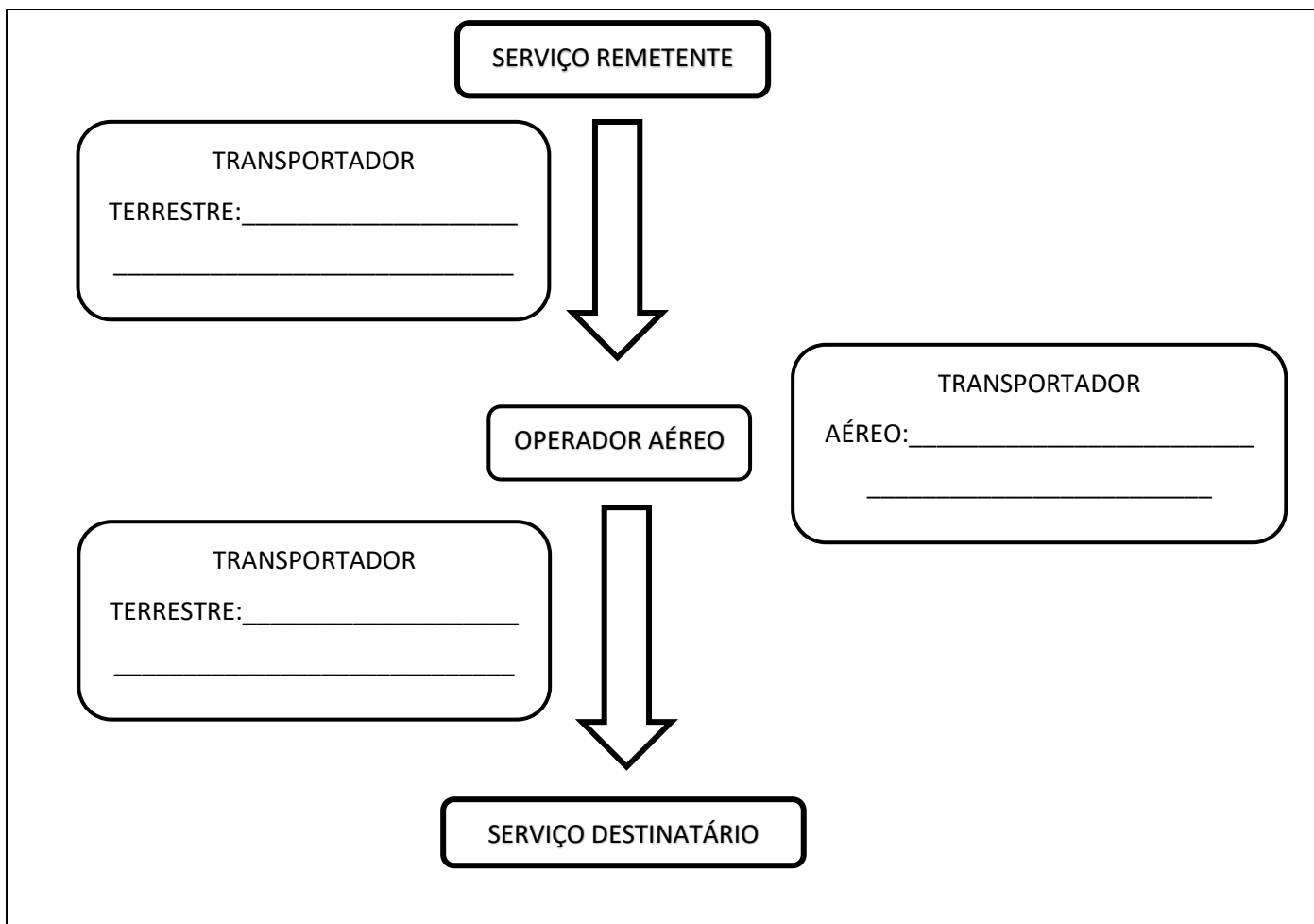
**4- Identificação do Transportador (Pode ser marcado mais de um campo, se necessário)**

<input type="checkbox"/> – Realizado pelo próprio serviço (Veículo próprio)
<input type="checkbox"/> – Realizado por veículo de transporte de passageiros (ônibus)
<input type="checkbox"/> – Realizado por órgão de segurança pública
<input type="checkbox"/> – Utiliza modal aéreo: Nome da Empresa Aérea:
<input type="checkbox"/> – Contrata empresa de Transporte Terrestre*.

<b>Nome da Empresa Transportadora Terrestre:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Cidade/UF:</b>	<b>Tel.:</b>
<b>E-mail:</b>	
<input type="checkbox"/> – <b>Outro tipo de transportador:</b>	

\*Caso possua mais de um transportador terrestre contratado deverá ser informado no verso.

**5 – Fluxo do transporte: Descrever no quadro o fluxo proposto para o transporte incluindo todos os transportadores envolvidos.**



## **6 – Responsabilidade Técnica**

Definição de supervisão técnica competente para a verificação e controles na garantia da qualidade do processo de transporte. Cabe ressaltar que ao se utilizar de serviços de operadores de transporte, o serviço de hemoterapia contratante é responsável pela avaliação técnica das condições nas quais o transporte é executado, inclusive com o monitoramento de saída e chegada do material. Dessa forma deve-se designar pessoal responsável por esta atividade.

### **Supervisor responsável da atividade de transporte:**

---

### **Registro no Conselho de Classe:**

---

O serviço de hemoterapia solicitante é responsável pelas informações prestadas neste processo documental, declarando assumir integral responsabilidade por essas informações. Quaisquer erros ou omissões poderão ser considerados indícios e provas de falsidade de declaração, podendo ser utilizadas em juízo ou fora dele.

**Declaramos sob a pena da Lei, que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras**

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

**Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia Remetente**

---

**Assinatura e Carimbo do Responsável Legal do Serviço de Hemoterapia Remetente**