

FORMULÁRIO DE PETICIONAMENTO
AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES

1- Tipo de Peticionamento:

a. Rotina b. Emergencial (Se Emergencial: Preencher justificativa no quadro na última página)

2- Material Biológico a ser transportado

Produto a ser transportado	Média Mensal (Bolsa/Mês)	Finalidade
<input type="checkbox"/> Sangue Total		<input type="checkbox"/> Transfusão
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Eritrocitário		<input type="checkbox"/> Processamento
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Plaquetário		<input type="checkbox"/> Procedimentos especiais
<input type="checkbox"/> Hemocomponente Plasmático		<input type="checkbox"/> Triagem laboratorial
<input type="checkbox"/> Amostras biológicas		<input type="checkbox"/> Outra: _____
NÃO CABE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO: PARA FINS DE CONTROLE DE QUALIDADE, FABRICAÇÃO DE REAGENTES, PAINÉIS DE CONTROLE DE QUALIDADE, E ENVIO A INDÚSTRIA FRACIONADORA DE HEMODERIVADOS.		_____

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

Serviço:	
Tipo: <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	
Natureza: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado – SUS <input type="checkbox"/> Filantrópico-SUS	
Responsável Técnico:	CRM:
CNPJ:	E-mail:
Endereço:	Tel.:
Cidade/UF:	

b. DESTINATÁRIO

Serviço:	
Tipo: <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	
Natureza: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado – SUS <input type="checkbox"/> Filantrópico-SUS	
Responsável Técnico:	CRM:
CNPJ:	E-mail:
Endereço:	Tel.:
Cidade/UF:	

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(s) Empresa(s) Aérea:
<input type="checkbox"/> – Contrata empresa de Transporte Terrestre*.

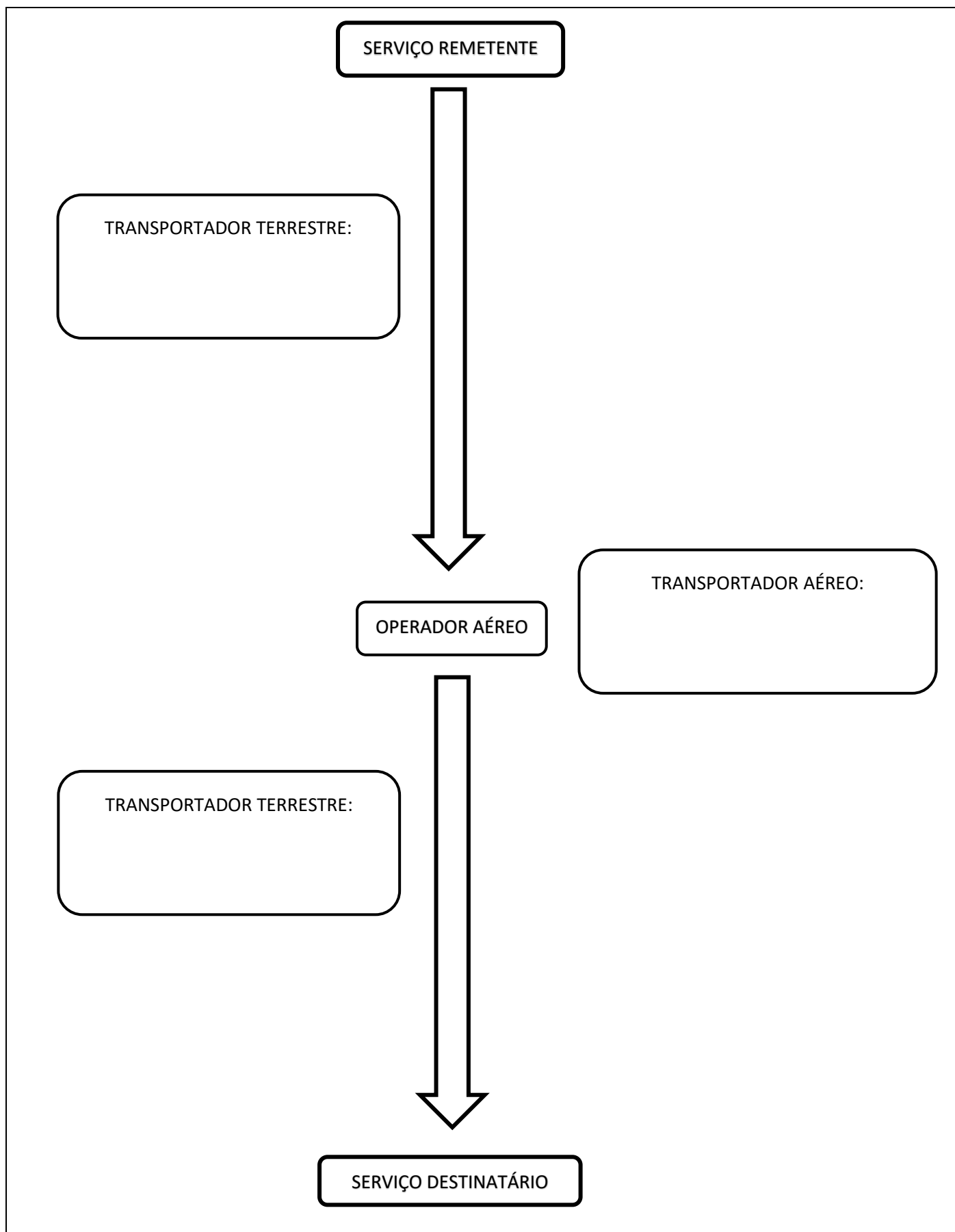
*Caso possua mais de um transportador terrestre contratado, ele deverá ser informado.

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

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

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

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.

JUSTIFICATIVA EM CASO DE TRANSPORTE EMERGENCIAL:

Descrever:

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

Data:

Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia Remetente:

Registro no Conselho de Classe:

Responsável Legal do Serviço de Hemoterapia Remetente:

Registro no Conselho de Classe: