|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE PETICIONAMENTO****AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE INTERESTADUAL DE SANGUE E COMPONENTES**1. **Tipo de Peticionamento:**
	1. ( )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** |
| ( ) Sangue Total |  | ( ) Transfusão( ) Processamento( ) Procedimentos especiais( ) Triagem laboratorial( )Outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ( ) Hemocomponente Eritrocitário |  |
| ( ) Hemocomponente Plaquetário |  |
| ( ) Hemocomponente Plasmático |  |
| ( ) Amostras biológicas  |  |
| **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. |

1. **Identificação dos Serviços**
	1. **REMETENTE**
 |
| **Serviço:** |
| **Tipo: ( )HC ( )HR ( )NH ( )UC fixa ( )UC móvel ( )UCT ( )CTLD ( )AT** |
| **Natureza: ( ) Público ( ) Privado ( ) Privado – SUS ( ) Filantrópico-SUS** |
| **Responsável Técnico:** | **CRM:** |
| **CNPJ:** | **E-mail:** |
| **Endereço:** | **Tel.:** |
| **Cidade/UF:** |
|  |
| 1. **DESTINATÁRIO**
 |
| **Serviço:** |
| **Tipo: ( )HC ( )HR ( )NH ( )UC fixa ( )UC móvel ( )UCT ( )CTLD ( )AT** |
| **Natureza: ( ) Público ( ) Privado ( ) Privado – SUS ( ) Filantrópico-SUS** |
| **Responsável Técnico:** | **CRM:** |
| **CNPJ:** | **E-mail:** |
| **Endereço:** | **Tel.:** |
| **Cidade/UF:** |

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

|  |
| --- |
| ( ) – Realizado pelo próprio serviço (Veículo próprio) |
| ( ) – Realizado por veículo de transporte de passageiros (ônibus) |
| ( ) – Realizado por órgão de segurança pública |
| ( ) – Utiliza modal aéreo:Nome da(s) Empresa(s) Aérea: |
| ( ) – 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:** |
| **( ) – Outro tipo de transportador:** |
|  |
| **Nome da Empresa Transportadora Terrestre:** |
| **CNPJ:** |
| **Endereço:** |
| **Cidade/UF: Tel.:** |
| **E-mail:** |
| **( ) – Outro tipo de transportador:** |
|  |
| **Nome da Empresa Transportadora Terrestre:** |
| **CNPJ:** |
| **Endereço:** |
| **Cidade/UF: Tel.:** |
| **E-mail:** |
| **( ) – Outro tipo de transportador:** |

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

|  |
| --- |
| SERVIÇO DESTINATÁRIOSERVIÇO REMETENTEOPERADOR AÉREOTRANSPORTADOR AÉREO:TRANSPORTADOR TERRESTRE:TRANSPORTADOR TERRESTRE: |

**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:**