

Remetente:	Destinatário:
Nome da Empresa:	Nome da Empresa: GRF LABORATÓRIO LTDA – SOLLUTIO DIAGNÓSTICOS
Endereço:	Endereço: Rua Engenheiro Candido Gomide, 65 – Jardim Guanabara
Cidade:	Cidade: CAMPINAS
Estado:	Estado: SÃO PAULO
CEP:	CEP: 13.073-200
País:	País: BRASIL
Nome do Contato:	Nome do Contato: DOUGLAS
Telefone:	Telefone: (19) 2519-6861/6862 ou (19) 9-8293-0171

- **DECLARO** estar enviando amostras de material biológico sem a emissão da respectiva nota fiscal e que este material não está classificado como artigo restrito para transportes aéreo ou rodoviário sendo o mesmo efetuado em conformidade com as regulamentações da **IATA 2016** e **Resolução 420/ANTT** de 12/02/2004 do MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES.

- **DECLARO** que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operações de transporte e que atendem às exigências da regulamentação.

- Por fim, informo que estes materiais encontram-se adequadamente acondicionados para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento e transporte conforme a regulamentação em vigor.

DESCRIÇÃO MATERIAL

Quantidade de Tubos	Exames	Temperatura
_____	<input type="checkbox"/> Biologia Molecular	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> Cariótipo	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> Imunofenotipagem	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> Mielograma	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> Atividade Células NK	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____	<input type="checkbox"/> Quantificação Células NK	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado
_____ <input type="checkbox"/> outros	Quais? _____	<input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerado <input type="checkbox"/> congelado
Documentação Obrigatória	<input type="checkbox"/> Formulário (Citometria de Fluxo, Biomol, Citogenética, FISH ou Fertilidade)	
	<input type="checkbox"/> Guia do convênio autorizada (se aplicável)	

Tipo de embalagem:

Conforme disposto na instrução de embalagem 650 da IATA 2016 e Resolução 420/ANTT

Finalidade: DIAGNÓSTICO LABORATORIAL CLÍNICO

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente e assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações aqui prestadas.

_____ (HORÁRIO) _____ (CIDADE), _____ (DIA) de _____ (MÊS) de _____ (ANO)

Nome do Responsável pela entrega (CLIENTE)

Nome do Responsável pelo recebimento (SOLLUTIO)

Agente de Logística