

REMETENTE	CÓD LOTE/MALOTE:	DESTINATÁRIO
Nome da Empresa:		Nome da Empresa: GRF LABORATÓRIO LTDA – SOLLUTIO DIAGNÓSTICOS
Endereço:		Endereço: RUA AUGUSTO POLTRONIERI, 487 - PQ IND. INDAIATUBA
Cidade:		Cidade: INDAIATUBA
Estado:		Estado: SÃO PAULO
CEP:		CEP: 13347-443
País:		País: BRASIL
Nome do contato:		Responsável logística:
Telefone:		Telefone: (19) 3825-3580 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 a edição vigente do Manual DGR da IATA, Resolução ANTT nº 5.947/2021, RDC ANVISA nº 504/2021 e RDC ANVISA nº 978/2025.

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 DO MATERIAL

Quantidade de tubos	Marcar exames enviados (X)	Inserir temperatura de envio (°C)
_____	() Biologia Molecular	() Refrigerado
_____	() Cariótipo	() Refrigerado
_____	() SWAB	() Refrigerado
_____	() FISH	() Refrigerado
_____	() Imunofenotipagem	() Ambiente
_____	() Mielograma / Ferro Medular	() Ambiente
_____	() Atividade Células NK	() Ambiente
_____	() Quantificação Células NK	() Ambiente
_____	() Perfil de Citocinas	() Ambiente
_____	() Fragmentação de DNA Espermático	() Congelado
_____	() Outros: _____	() Ambiente () Congelado
		() Refrigerado

Documentação obrigatória () Questionário e termo do(s) exame(s)
 () Guia do convênio autorizada (se aplicável)

Responsável pelo faturamento do(s) exame(s): _____

Tipo de embalagem: conforme disposto na instrução de embalagem 650 (PI 650) da edição vigente do Manual DGR da IATA, Resolução ANTT nº 5.947/2021, RDC ANVISA nº 504/2021 e RDC ANVISA nº 978/2025.

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

