



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC
 TELEFONE +55 (48) 3721-9100 - FAX +55 (48) 3721-8354



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC
 TELEFONE +55 (48) 3721-9100 - FAX +55 (48) 3721-8354



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Hospital Universitário Hospital Universitário Polydoro Emami de São Thiago CNPJ: 83.899.526/0004-25 Tel: (48) 3721-9100 Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis – SC

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Hospital Universitário Hospital Universitário Polydoro Emami de São Thiago CNPJ: 83.899.526/0004-25 Tel: (48) 3721-9100 Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis – SC

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

Sofosbuvir 400mg + Ledipasvir 90 mg _____ 84 cps
 Tomar 1 comprimido, via oral, uma vez ao dia, durante 12 semanas.

Ribavirina 250 mg _____ cps
 Tomar _____ cápsulas de manhã e _____ cápsulas à noite durante 12 semanas.

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

Sofosbuvir 400mg + Ledipasvir 90mg _____ 84 cps
 Tomar 1 comprimido, via oral, uma vez ao dia, durante 12 semanas.

Ribavirina 250 mg _____ cps
 Tomar _____ cápsulas de manhã e _____ cápsulas à noite durante 12 semanas.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ___ / ___ / 20__

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ___ / ___ / 20__