



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 Ernani 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 intravenoso:

✓ Infiximabe 100 mg ----- frascos

Aplicar _____ frascos por via intravenosa na semana zero (primeiro dia de tratamento), _____ frascos na segunda semana (14º dia de tratamento) e _____ frascos na sexta semana (42º dia de tratamento). Infundir em 2 (duas) horas.

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |
|------------------------------------|
| Nome: _____ |
| Indent.: _____ Órg. Emissor: _____ |
| End.: _____ |
| Cidade: _____ UF: _____ |
| Telefone: _____ |

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

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |
|--|
| Hospital Universitário Hospital Universitário Polydoro Ernani 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 intravenoso:

✓ Infiximabe 100 mg ----- frascos

Aplicar _____ frascos por via intravenosa na semana zero (primeiro dia de tratamento), _____ frascos na segunda semana (14º dia de tratamento) e _____ frascos na sexta semana (42º dia de tratamento). Infundir em 2 (duas) horas.

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |
|------------------------------------|
| Nome: _____ |
| Indent.: _____ Órg. Emissor: _____ |
| End.: _____ |
| Cidade: _____ UF: _____ |
| Telefone: _____ |

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