



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
 CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC  
 TEL +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  
 TEL +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 via retal:**

✓ Mesalazina supositório 1000 mg ----- sup  
 Aplicar um supositório, via retal, \_\_\_\_\_ vezes ao dia.

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 via retal:**

✓ Mesalazina supositório 1000 mg ----- sup  
 Aplicar um supositório, via retal, \_\_\_\_\_ vezes ao dia.

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

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

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

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