|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |  | 1ª Via Farmácia  2ª Via Paciente | | |
| 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 |
| Paciente:  Endereço:  ***Prescrição:***  **Uso Interno:**  ✓ Sulfassalazina 500 mg -------------------------------------------------------------- | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | |  | **IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR** |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indent.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órg. Emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_End.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Farmacêutico  Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |  | 1ª Via Farmácia  2ª Via Paciente | | |
| 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 |
| Paciente:  Endereço:  ***Prescrição:***  **Uso Interno:**  ✓ Sulfassalazina 500 mg -------------------------------------------------------------- | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | |  | **IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR** |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indent.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órg. Emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_End.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Farmacêutico  Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ |