|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |  | 1ª Via Farmácia2ª Via Paciente |
| Hospital Universitário Hospital Universitário Polydoro Ernani de São ThiagoCNPJ: 83.899.526/0004-25Tel: (48) 3721-9100Rua 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 FarmacêuticoData: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |  | 1ª Via Farmácia2ª Via Paciente |
| Hospital Universitário Hospital Universitário Polydoro Ernani de São ThiagoCNPJ: 83.899.526/0004-25Tel: (48) 3721-9100Rua 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 FarmacêuticoData: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ |