



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



<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>
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

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>
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**

ENTECAVIR 0,5 mg \_\_\_\_\_ 180 cps  
 Tomar 2 comprimidos, via oral, uma vez ao dia.

Paciente:

Endereço:

**Prescrição:**

**USO ORAL**

ENTECAVIR 0,5 mg \_\_\_\_\_ 180 cps  
 Tomar 2 comprimidos, via oral, uma vez ao dia.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
Nome: _____ Indent.: _____ Órg. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

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

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
Nome: _____ Indent.: _____ Órg. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

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