UNIDADE DISPENSADORA	MUNICÍPIO	REGIONAL DE SAÚDE	NOME UPDT	CNES	NOME DO USUÁRIO	NÚMERO CARTÃO SUS	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG)	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA MÃE	ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE	DATA DA DISTRIBUIÇÃO	QUANTIDADE DISPENSADA	LOTE	DATA DE VALIDADE	NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO Fac. MEYNETE DE FALCIFORMIZA	CID-10	DATA INÍCIO DO TRATAMENTO COM Fac.CITRULINA	NOME MÉDICO(A) PRESCRITOR(A)	NÚMERO CRM	NOME FARMACÊUTICO(A) Bioquímico,Farm. ou Farmacêutico(a)	NÚMERO CRF
SIGLA ABREVIADA	NOME COMPLETO	NOME COMPLETO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	EMBRAVADO	DATA COMPLETA	NOME COMPLETO	ENDEREÇO COMPLETO	TELEFONE CELULAR OU FIXO	DATA COMPLETA	EM COMPRIMIDOS O SOMENTE NÚMERO	CONFORME IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO	DATA COMPLETA	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	CÓDIGO CONFORME CID-10	DATA COMPLETA	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO

Os dados contidas nas colunas 8, são fictícios.