

**Receituário Controle Especial**

**Paciente:** ALZIRA DAVID DA SILVA LOBO

**Endereço:** R. KALIL FILHO 50 CS, INDIANOPOLIS, SAO PAULO, SP

AZITROMICINA - 500 mg

Tomar via oral 1 cp ao dia, por 5 dias.

CID(s): D47.3



João Carlos de Campos Guerra  
CRM 78.822

São Paulo, 27 de Junho de 2022

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.	_____ Org. _____
Endereço	_____
Cidade	_____ UF: _____
Telefone	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
_____	
Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____ Data

