

Dr(a). MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGO
CRM: 135644SP - Urologia

Nome: LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO

1. Ciprofloxacino 500mg, Comprimido (14un) Neo Química 1 embalagem
Cloridrato de ciprofloxacino 500mg

Tomar 1 comprimido via oral a cada 12 horas, durante 5 dias.



ACESSE A RECEITA DIGITAL*
Aponte a câmera do celular, leitor de QR code ou
Visite <http://memed.com.br/p/zReygE> - Código: 3346

R. Tabatinguera, 294 - Centro, São Paulo - SP, 01020-903, (11) 3293-1515

* Documento assinado digitalmente. Para verificar a validade, visite <http://www.memed.com.br/receita/zReygE>

Dr(a). MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGO
CRM: 135644SP - Urologia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MURILO HUMBERTO C
CARNEIRO DE CAMARGO

CRM: 135644 SP

Endereço: R. Tabatinguera, 294 - Centro, São
Paulo - SP, 01020-903

Telefone: (11) 3115-1515

Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1a. VIA FARMÁCIA
2a. VIA PACIENTE

ASSINATURA

Paciente: LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO

Endereço: r. Luis Carlos Paraná, 134, São Paulo

Prescrição:

Ciprofloxacino 500mg, Comprimido (14un) Neo Química 1 embalagem
Cloridrato de ciprofloxacino 500mg

Tomar 1 comprimido via oral a cada 12 horas, durante 5 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

R. Tabatinguera, 294 - Centro, São Paulo - SP, 01020-903, (11) 3293-1515

Dr(a). MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGO
CRM: 135644SP - Urologia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MURILO HUMBERTO C
CARNEIRO DE CAMARGO

CRM: 135644 SP

Endereço: R. Tabatinguera, 294 - Centro, São
Paulo - SP, 01020-903

Telefone: (11) 3115-1515

Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1a. VIA FARMÁCIA
2a. VIA PACIENTE

ASSINATURA

Paciente: LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO

Endereço: r. Luis Carlos Paraná, 134, São Paulo

Prescrição:

Ciprofloxacino 500mg, Comprimido (14un) Neo Química 1 embalagem
Cloridrato de ciprofloxacino 500mg

Tomar 1 comprimido via oral a cada 12 horas, durante 5 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

R. Tabatinguera, 294 - Centro, São Paulo - SP, 01020-903, (11) 3293-1515