

# Dr. Rogerio Gindri

CRM: 4356SE

**Nome:** Danilo Vilela Rodrigues

**CPF:** 008.494.255-06

**Data e hora:** 04/11/2022 - 16:54:37 (GMT-3)

**1. Venvanse 70mg, Cápsula dura (28un)**

1 embalagem

Dimesilato de lisdexanfetamina 70mg

Tomar 01 comprimido as 08 horas da manhã.

**2. Revoc 50mg, Comprimido revestido (30un)**

1 embalagem

Maleato de fluvoxamina 50mg

Tomar 01 comprimido as 11 horas da manhã.



**RECEITA DIGITAL MEMED**

Endereço: Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 447 - São José  
Assinado digitalmente por **Rogerio Gindri - CRM 4356 SE**  
Token: **kfG5WC** - Código de desbloqueio: **2769**

Centro Médico Olímpio Santana  
Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 447 Bairro Sao José  
Aracaju - SE

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Rogerio Gindri  
**CRM:** 4356 SE  
**Endereço:** Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 447 -  
São José  
**Telefone:** (79) 3222-0815  
**Cidade e UF:** Aracaju - SE

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 04/11/2022

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Danilo Vilela Rodrigues

**CPF:** 008.494.255-06**Endereço:** Avenida Oceanica, 1077, Aracaju**Revoc 50mg**, Comprimido revestido (30un)

1 embalagem

Maleato de fluvoxamina 50mg

Tomar 01 comprimido as 11 horas da manhã.

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:**  
**RG:**  
**Endereço:**  
**Telefone:**  
**Cidade e UF:**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Rogerio Gindri  
**CRM:** 4356 SE  
**Endereço:** Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 447 -  
São José  
**Telefone:** (79) 3222-0815  
**Cidade e UF:** Aracaju - SE

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 04/11/2022

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Danilo Vilela Rodrigues

**CPF:** 008.494.255-06**Endereço:** Avenida Oceanica, 1077, Aracaju**Revoc 50mg**, Comprimido revestido (30un)

1 embalagem

Maleato de fluvoxamina 50mg

Tomar 01 comprimido as 11 horas da manhã.

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:**  
**RG:**  
**Endereço:**  
**Telefone:**  
**Cidade e UF:**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO