ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG _____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dr.ª Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: Rio das Ostras UF: RJ
Tel.: (22) 2771-4130

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG _____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dr.ª Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: Rio das Ostras UF: RJ
Tel.: (22) 2771-4130

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG_____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dra Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: Rio das Ostras UF: RJ Tel.: (22) 2771-4130	Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG_____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dra Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: Rio das Ostras UF: RJ Tel.: (22) 2771-4130	Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE

Rio das Ostras, 19 de maio de 2025.

DECLARAÇÃO MÉDICA

Vitória Gorga Machado dos Santos

Declaro para os devidos fins que a paciente supracitada necessita da realização de psicoterapia semanal.

Paciente portadora de CID10: F41.1.

Apresenta quadro instável no momento.

Fiz prescrição de Sertralina 25mg/dia.

Drª Tatiana Pillo
Psiquiatra
CRM: 52.91726-5

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS
Rua Resende, nº 177 – Jardim Mariléa – Rio das Ostras – RJ – Brasil
CEP: 28.895-883 Tel.: (22) 2771-4130 E-mail: capsro2008@gmail.com

PREFEITURA RIO DAS OSTRAS

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

- NOTA CARIOCA -

20250513u54743757000102

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000063	**24/04/2025 09:54:28**	**HXNX-QPZG**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **54.743.757/0001-02** Inscrição Municipal: **1.523.971-9** Inscrição Estadual: **---**

Nome/Razão Social: **FABIOLA DO NASCIMENTO TORRES LTDA**

Nome Fantasia: **FABÍOLA N. TORRES - PSICOLOGIA** Tel.: **(21) 99008-6522**

Endereço: **RUA TAMBAU 727 - RAMOS - CEP: 21031-130**

Município: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** E-mail: **-----**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **153.053.707-01** Inscrição Municipal: **----** Inscrição Estadual: **----**

Nome/Razão Social: **VITÓRIA GORGA MACHADO DOS SANTOS**

Endereço: **----** Tel.: **----**

Município: **----** UF: **----** E-mail: **-----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente ao serviço de psicologia(4 sessões). - Conforme Lei 12.741/2012, o percentual total de impostos incidentes neste serviço prestado é de aproximadamente 6.00%

VALOR DA NOTA = R$ 240,00

Serviço Prestado

04.15.01 - Psicanálise

Deduções (R$)	Desconto Incond. (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito p/ IPTU (R$)
0,00	**0,00**	**-----**	**-----**	**-----**	**0,48**

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- ISS devido deve ser recolhido por meio de Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS).
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.
- Esta NFS-e substitui o RPS Nº 63 Série 11, emitido em 24/04/2025.
- Esta NFS-e participa do Sorteio Carioca sob o número 64.33/24384.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG _____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dr.ª Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: Rio das Ostras UF: RJ
Tel.: (22) 2771-4130

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG _____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dr.ª Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: Rio das Ostras UF: RJ
Tel.: (22) 2771-4130

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG_____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dra Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: Rio das Ostras UF: RJ Tel.: (22) 2771-4130	Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE- CAPS

Rua Resende, 177 – Jardim Marileia – Rio das Ostras – RJ. CEP 28.895-883

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Vitória Gorga Machado dos Santos

Endereço:

Prescrição: USO ORAL

SERTRALINA 25 MG_____ 30 COMPRIMIDOS
1 COMP. AO DIA

Dra Tatiana Pillo
Psiquiatria
CRM: 52.91726-5

___/___/_____
Data

Assinatura e carimbo do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: Rio das Ostras UF: RJ Tel.: (22) 2771-4130	Assinatura do farmacêutico e data

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE

Rio das Ostras, 19 de maio de 2025.

DECLARAÇÃO MÉDICA

Vitória Gorga Machado dos Santos

Declaro para os devidos fins que a paciente supracitada necessita da realização de psicoterapia semanal.

Paciente portadora de CID10: F41.1.

Apresenta quadro instável no momento.

Fiz prescrição de Sertralina 25mg/dia.

Drª Tatiana Pillo
Psiquiatra
CRM: 52.91726-5

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS
Rua Resende, nº 177 – Jardim Mariléa – Rio das Ostras – RJ – Brasil
CEP: 28.895-883 Tel.: (22) 2771-4130 E-mail: capsro2008@gmail.com

PREFEITURA RIO DAS OSTRAS