**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE**
**TRÊS DE MAIO - RS**
*Fundada em 29/10/69 - CNPJ: 88.505.821/0001-20 CNES: 3545822*
***ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER***
***CENTRO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO HELEN KELLER***
*CER II - Centro Especializado em Reabilitação Auditiva e Intelectual*
*Presta serviços nas áreas: Assistência Social, Educação e Saúde*

Of. Nº 283/2025

Três de Maio - RS, Novembro de 2025.

Excelentíssimo Senhor

Na oportunidade em que nos dirigimos a Vossa Excelência, enviamos as cópias dos documentos referentes à **Prestação de Contas do TERMO DE FOMENTO Nº: 06/2025 e 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025** com o qual nossa Instituição foi beneficiada com doações de incentivos fiscais de pessoas físicas e jurídicas.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

**"Deficiência Não Define. Oportunidade Transforma. Inclua Nossa Voz.".**

Paulo Bender de Camargo
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Marcos Vinícius Benedetti Corso
Prefeito Municipal
Três de Maio - RS

*Rua Santo Ângelo, 1370 CP 197 - CEP: 98910-000 Três de Maio – RS – Brasil*
*Fone: (55) 3535-1994 - (55) 9 8117-2772*
*E-mail: tresdemaio@apaers.org.br* *Site: tresdemaio.apaers.org.br*
*apaetresdemaio* *apaetresdemaiors*

**TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025**

TERMO DE FOMENTO QUE CELEBRAM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE TRÊS DE MAIO E A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE

**O MUNICÍPIO DE TRÊS DE MAIO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Prefeitura Municipal, na Rua Alcy Ramos Tomasi, nº 46, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob nº 87.612.800/0001-41, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **Marcos Vinicius Benedetti Corso**, brasileiro, portador do CPF nº 017.734.060-60, residente e domiciliado nesta cidade, de ora em diante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRÊS DE MAIO - APAE**, inscrita no CNPJ sob nº 88.505.821/0001-20, com sede na Rua Santo Ângelo, nº 1.370, nesta cidade de Três de Maio – RS, neste ato representada por seu presidente, Senhor **Paulo Bender de Camargo**, brasileiro, casado, portador do CPF nº 090.928.460-00, residente e domiciliado nesta cidade de Três de Maio – RS, doravante denominada de **Organização da Sociedade Civil – OSC**, têm entre si ajustado o presente Termo de Fomento, vinculando-se as partes à Inexigibilidade de Licitação nº 032/2025, iniciado através do *Processo Administrativo nº 1.595/2025*, regendo-se pela Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014 e legislação pertinente, com base no Art. 31, da Lei acima mencionada, assim como pelas condições e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Fomento tem por objeto o repasse de recursos do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, de doações efetuadas por contribuintes deduzidas do Imposto de Renda, pré-determinada pelo doador, conforme detalhado no Plano de Trabalho anexo, proposto pela OSC.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

Pela execução do objeto deste Termo de Fomento, o **MUNICÍPIO** repassará a **OSC** a importância de **R$ 358.082,33** (trezentos e cinquenta e oito mil, oitenta e dois reais e trinta e três centavos).

Parágrafo único: Os valores serão repassados pelo **MUNICÍPIO** à OSC em uma única parcela, de **R$ 358.082,33** (trezentos e cinquenta e oito mil, oitenta e dois reais e trinta e três centavos), em 31 de março de 2025.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento vigorará até 31 de dezembro de 2025, sendo que qualquer alteração será feita através de termo aditivo pactuado entre as partes.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O presente Termo ocorre sob a seguinte dotação orçamentária:



Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS
Procuradoria Geral

11.11.04.08.243.0205.0,001.3350.43.00.00.00.00 – RV 759.14 – FUMDICA/DOAÇÕES IR – APOIO FINANCEIRO A ENTIDADES PARCEIRAS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – Subvenções Sociais

**CLÁUSULA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Por ocasião da destinação dos recursos, a **OSC** prestará relatório das despesas efetivadas com os recursos recebidos através deste Termo de Fomento, até o dia **31 de janeiro de 2026.**

**Parágrafo Único:** As orientações para prestação de contas são as constantes na relação anexa, a qual é parte integrante deste instrumento.

**CLÁUSULA SEXTA - DO ACESSO e DA FISCALIZAÇÃO**

Fica a **OSC** a permitir o livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno e Externo ao qual esteja subordinado o **MUNICÍPIO** a qualquer tempo e lugar, e a fiscalização do presente instrumento será efetuada por servidor(es) especialmente designado(s) mediante Portaria.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO**

Para dirimir eventuais dúvidas que possam advir do cumprimento do presente instrumento fica, desde já, eleito o Foro da Comarca de Três de Maio - RS.

E, por estarem assim, justos e acordados na forma da Lei, assinam o presente Termo de Fomento em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, o que o fazem na presença de 2 (duas) testemunhas.

Três de Maio, 28 de março de 2025.

Marcos Vinícius Benedetti Corso – Prefeito Municipal
**MUNICÍPIO DE TRÊS DE MAIO**
Município

Paulo Bender de Camargo – Presidente
**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Três de Maio – APAE**
Organização da Sociedade Civil - OSC

Testemunhas

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

## 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE TRÊS DE MAIO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Prefeitura Municipal, na Rua Alcy Ramos Tomasi, nº 46, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob nº 87.612.800/0001-41, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **Marcos Vinicius Benedetti Corso**, brasileiro, portador do CPF nº 017.734.060-60, residente e domiciliado nesta cidade, de ora em diante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE**, inscrita no CNPJ sob nº 88.505.821/0001-20, com sede na Rua Santo Ângelo, nº 1.370, nesta cidade de Três de Maio – RS, neste ato representada por seu presidente, Senhor **Paulo Bender de Camargo**, brasileiro, portador do CPF nº 411.180.300-87, residente e domiciliado nesta cidade de Três de Maio – RS, doravante denominada de **Organização da Sociedade Civil – OSC**, resolvem, de comum acordo, alterar o Termo de Fomento nº 06/2025, firmado em 28 de março de 2025, mediante as seguintes cláusulas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O valor previsto na Cláusula Segunda do Termo de Fomento fica acrescido em R$ 73.023,38 (setenta e três mil e vinte e três reais e trinta e oito centavos), passando de R$ 358.082,33 (trezentos e cinquenta e oito mil, oitenta e dois reais e trinta e três centavos) para R$ 431.105,71 (quatrocentos e trinta e um mil, cento e cinco reais e setenta e um centavos).

### CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE DOS VALORES

O valor acrescido será repassado à **OSC** em 1 (uma) única parcela, no valor de R$ 73.023,38 (setenta e três mil e vinte e três reais e trinta e oito centavos), a ser paga no dia 4 de setembro de 2025, e será aplicado em conformidade com o Plano de Trabalho anexo ao Processo Administrativo nº 6.533/2025.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O presente Termo Aditivo ocorre sob a seguinte dotação orçamentária:

11.11.04.08.243.0205.0,001.3350.43.00.00.00.00 – RV 759.14 – FUMDICA/DOAÇÕES IR – APOIO FINANCEIRO A ENTIDADES PARCEIRAS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – Subvenções Sociais

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Termo de Fomento original.

E, por estarem de acordo, assinam o presente Aditamento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, o que o fazem na presença de 02 (duas) testemunhas.

Três de Maio, 1º de setembro de 2025.

Marcos Vinicius Benedetti Corso – Prefeito Municipal
**MUNICÍPIO DE TRÊS DE MAIO**
Município

Paulo Bender de Camargo – Presidente
**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE**
Organização da Sociedade Civil – OSC

Testemunhas:

Nome: Débora Alles Koff
CPF: 007.256.970-08

Nome: Cleonice Soldera
CPF: 933815120-53

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 01/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

**1 – DADOS CADASTRAIS**

| Órgão/Entidade Proponente | | | CNPJ | |
|---|---|---|---|---|
| **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE** | | | **88.505.821/0001-20** | |
| Endereço da Entidade<br>**Rua Santo Ângelo, 1370** | | | | |
| Cidade<br>**Três de Maio** | UF<br>**RS** | CEP<br>**98910-000** | DDD/Telefone/Fax<br>**55-3535-1994** | E.A. |
| Conta Corrente<br>**96.299-6** | Banco<br>**Sicredi** | Agência<br>**0306** | Praça de Pagamento<br>**Três de Maio** | |
| Nome do Responsável<br>**Paulo Bender de Camargo** | | C.P.F.<br>**411.180.300-87** | | |
| C.I/Órgão Expedidor/Data<br>5028721446 | Cargo/Função<br>**Presidente** | | Matrícula | |

**2. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO**

| Título do Projeto | Período de Execução | |
|---|---|---|
| **Garantindo Cidadania** | Início | Término |
| | **Março/2025** | **Outubro/2025** |

**Identificação do Objetivo:**

Considerando a responsabilidade da Diretoria da **APAE de Três de Maio – RS, CNPJ nº 88505821/0001-20**, Organização não Governamental, filantrópica, preocupados com a manutenção e o quadro de profissionais qualificados necessários para atender a demanda de mais de 223 **Pessoas com Deficiência Intelectual e TEA -Transtorno do Espectro Autista** junto a **Escola de Educação Especial Helen Keller, Centro de Atendimento Educacional Especializado Helen Keller -AEE**, faz-se necessário a captação de recursos de doações do Imposto de Renda Retido na Fonte, através do FMDCA.

Os recursos arrecadados destinam-se para o pagamento de prestadores de serviço como Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga,Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. Somando-se a parceria com o **Poder Público Municipal, Estadual, Federal, Empresas do 3º Setor e nossa Comunidade**, é possível oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência e seus familiares.

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 02/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

**Justificativa da Proposta:**

Tendo em vista as dificuldades financeiras, que hoje encontra-se nosso País, Estado, Município, não é diferente em nossa Instituição, que passa por momentos de grandes dificuldades, pois a demanda de pessoas que necessitam dos serviços oferecidos por nós aumenta a cada dia, por isso, temos a certeza que este recurso virá para amenizar os problemas hora presentes.

Por ser nossa Instituição entidade particular filantrópica, única no Município, que atende **Pessoas com Deficiência Intelectual e ou Autismo**, recebendo atendimento **Gratuito Especializado**, fazendo-se necessário o pagamento mensal dos profissionais prestadores, contratados pela Instituição para que possamos manter, ampliar, inovar, capacitar os serviços já existentes sempre garantindo sua cidadania bem como uma melhor qualidade de vida para o nosso aluno/usuário/paciente e seus familiares. Justificamos, assim, nossa captação de recursos através de projetos e oportunidades da Legislação vigente.

Duração: Março até Outubro/2025.

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 03/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

3 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa ou fase)

| Ordem | Fase | Especificação | Meta | Indicador | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Quantidade | Unidade |
| | 1 | **Prestação de Serviços dos seguintes profissionais:** Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. | 1 | Todos | Profissionais |

Duração: Março até Outubro/2025.

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 04/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

4- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R$ 1,00)

| Natureza da Despesa | | Total | Concedente Município | Proponente Conveniada |
|---|---|---|---|---|
| Código | Especificação | | | |
| | **Prestadores de Serviços dos seguintes profissionais:** Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Medico Otorrinolaringologista. | R$ 358.082,33 | R$358.082,33 | |
| | Manutenção dos serviços e outros profissionais | R$ 150.000,00 | | R$ 150.000,00 |
| **Total** | | **R$ 508.082,33** | **R$ 358.082,33** | **R$ 150.000,00** |
| Duração: Março até Outubro/2025. | | | | |

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 05/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM R$ 1,00
Município/Concedente

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | R$ 353.082,33 | | | |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Proponente/Conveniada (contrapartida)

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | R$ 150.000,00 | | | |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

6 – DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação junto ao município de TRÊS DE MAIO-RS, que a ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE, mantenedora da Escola de Educação Especial Helen Keller encontra-se em dia com suas obrigações fiscais e sociais, nada impedindo que assine convênios com o Poder Público.

Três de Maio – RS, Março de 2025

Paulo Bender de Camargo
Presidente
CPF 411.180.300-87

7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado o Plano de Trabalho e autorizo a
Sinara Terra de Rocco
28/03/25

Marcos V. E... dotti Conte
Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
Fls. 04 RUB

| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 01/05 |
|---|---|
| TERMO DE FOMENTO | |

**1 – DADOS CADASTRAIS**

| Órgão/Entidade Proponente | | | CNPJ | |
|---|---|---|---|---|
| **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE** | | | **88.505.821/0001-20** | |
| Endereço da Entidade<br>**Rua Santo Ângelo, 1370** | | | | |
| Cidade<br>**Três de Maio** | UF<br>**RS** | CEP<br>**98910-000** | DDD/Telefone/Fax<br>**55-3535-1994** | E.A. |
| Conta Corrente<br>**96.299-6** | Banco<br>**Sicredi** | Agência<br>**0306** | Praça de Pagamento<br>**Três de Maio** | |
| Nome do Responsável<br>**Paulo Bender de Camargo** | | C.P.F.<br>**411.180.300-87** | | |
| C.I/Órgão Expedidor/Data<br>5028721446 | Cargo/Função<br>**Presidente** | Matrícula | | |

**2. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO**

| Título do Projeto | Período de Execução | |
|---|---|---|
| | Início | Término |
| **Garantindo Cidadania** | **Setembro/2025** | **Outubro/2025** |

**Identificação do Objetivo:**

Considerando a responsabilidade da Diretoria da **APAE de Três de Maio – RS, CNPJ nº 88505821/0001-20**, Organização não Governamental, filantrópica, preocupados com a manutenção e o quadro de profissionais qualificados necessários para atender a demanda de mais de 223 **Pessoas com Deficiência Intelectual e TEA -Transtorno do Espectro Autista** junto a **Escola de Educação Especial Helen Keller, Centro de Atendimento Educacional Especializado Helen Keller -AEE**, faz-se necessário a captação de recursos de doações do Imposto de Renda Retido na Fonte, através do FMDCA.

Os recursos arrecadados destinam-se para o pagamento de prestadores de serviço como Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. Somando-se a parceria com o **Poder Público Municipal, Estadual, Federal, Empresas do 3º Setor e nossa Comunidade**, é possível oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência e seus familiares.

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FL. 05 RUB.

# PLANO DE TRABALHO



## TERMO DE FOMENTO

**Justificativa da Proposta:**

Tendo em vista as dificuldades financeiras, que hoje encontra-se nosso País, Estado, Município, não é diferente em nossa Instituição, que passa por momentos de grandes dificuldades, pois a demanda de pessoas que necessitam dos serviços oferecidos por nós aumenta a cada dia, por isso, temos a certeza que este recurso virá para amenizar os problemas hora presentes.

Por ser nossa Instituição entidade particular filantrópica, única no Município, que atende **Pessoas com Deficiência Intelectual e ou Autismo**, recebendo atendimento **Gratuito Especializado**, fazendo-se necessário o pagamento mensal dos profissionais prestadores, contratados pela Instituição para que possamos manter, ampliar, inovar, capacitar os serviços já existentes sempre garantindo sua cidadania bem como uma melhor qualidade de vida para o nosso aluno/usuário/paciente e seus familiares. Justificamos, assim, nossa captação de recursos através de projetos e oportunidades da Legislação vigente.

Duração: Setembro até Outubro/2025.

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FL. 06

# PLANO DE TRABALHO

FOLHA 03/05

## TERMO DE FOMENTO

3 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa ou fase)

| Ordem | Fase | Especificação | Meta | Indicador | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Quantidade | Unidade |
| | 1 | **Prestação de Serviços dos seguintes profissionais:** Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. | 1 | Todos | Profissionais |

Duração: Setembro até Outubro/2025.

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
07

# PLANO DE TRABALHO

FOLHA 04/05

## TERMO DE FOMENTO

4- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R$ 1,00)

| Natureza da Despesa | | Total | Concedente Município | Proponente Conveniada |
|---|---|---|---|---|
| Código | Especificação | | | |
| | **Prestadores de Serviços dos seguintes profissionais:** Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. | R$ 73.023,38 | R$73.023,38 | |
| | Manutenção dos serviços e outros profissionais | R$ 30.000,00 | | R$ 30.000,00 |
| **Total** | | **R$ 103.023,38** | **R$ 73.023,38** | **R$ 30.000,00** |
| Duração: Setembro até Outubro/2025 | | | | |

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
Fl. 08 RUB.

# PLANO DE TRABALHO

FOLHA 05/05

## TERMO DE FOMENTO

5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM R$ 1,00)
Município/Concedente

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | R$ 73.013,38 | | | |

Proponente/Conveniada (contrapartida)

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | R$ 30.000,00 | | | |

6 - DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação junto ao município de TRÊS DE MAIO-RS, que a ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE, mantenedora da Escola de Educação Especial Helen Keller encontra-se em dia com suas obrigações fiscais e sociais, nada impedindo que assine convênios com o Poder Público.

Três de Maio – RS, Agosto de 2025

Paulo Bender de Camargo
Presidente
CPF 411.180.300-87

7 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovo o plano de trabalho e autorizo a firmar Termo Aditivo.
18.08.25

Marcos V. Benedetti Corso
Prefeito Municipal

Prestação de contas

# Contribuição e Subvenção Social

## Relatório dos Objetivos e Metas Alcançadas

| 01. NOME DA ENTIDADE | 02. ANO |
|---|---|
| **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE** | 2025 |

03. TERMO DE FOMENTO N°: **06/2025 e 1° TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO N° 06/2025**

04. RELATÓRIO DOS OBJETIVOS E METAS ALCANÇADAS

4.1. OBJETIVOS E METAS PROGRAMADAS:

Considerando a responsabilidade da Diretoria da **APAE de Três de Maio – RS, CNPJ nº 88505821/0001-20**, Organização não Governamental, filantrópica, preocupados com a manutenção e o quadro de profissionais qualificados necessários para atender a demanda de mais de 223 **Pessoas com Deficiência Intelectual e TEA -Transtorno do Espectro Autista** junto a **Escola de Educação Especial Helen Keller, Centro de Atendimento Educacional Especializado Helen Keller -AEE**, faz-se necessário a captação de recursos de doações do Imposto de Renda Retido na Fonte, através do FMDCA.

Os recursos arrecadados destinam-se para o pagamento de prestadores de serviço como Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista. Somando-se a parceria com o **Poder Público Municipal, Estadual, Federal, Empresas do 3º Setor e nossa Comunidade**, é possível oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência e seus familiares.

4.2. OBJETIVOS E METAS EXECUTADAS:

Nossas metas e objetivos previstos no Plano de Trabalho foram alcançadas conforme o programado.

4.3. BENEFÍCIOS ALCANÇADOS COM A EXECUÇÃO DO TERMO DE FOMENTO:

A **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE**, mantenedora da Escola de Educação Especial Helen Keller, em parceria com a Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS, através do TERMO DE FOMENTO Nº: **06/2025 e 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO N º06/2024** concretiza mais uma etapa.

Através deste Termo de Fomento e pelo conjunto de esforços despendidos, a **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais** pode prestar um atendimento digno e especializado as pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla, Autismo e Transtornos Globais do Desenvolvimento, com o acompanhamento de profissionais de diversas áreas, preparando-os para a vida e incluindo-os em sociedade, direito este garantido em legislação vigente.

05. AUTENTICAÇÃO

Três de Maio – RS, 13 Novembro de 2025

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE

Prestação de contas

# Contribuição e Subvenção Social

Relação das Receitas recebidas através do Termo de Fomento

| 01. NOME DA ENTIDADE<br>**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE** | 02. ANO<br>**2025** |
|---|---|
| 03. TERMO DE FOMENTO N°: **06/2025 e 1° TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO N° 06/2025.** | |

| 04. DATA DO RECEBIMENTO | 05. VALOR (R$) |
|---|---|
| 01/04/2025 | R$ 358.082,33 |
| 04/09/2025 | R$ 73.023,38 |
| Juros da Aplicação | R$ 6.528,20 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 06. TOTAL | **R$ 437.633,91** |

07. AUTENTICAÇÃO

**Três de Maio – RS , 13 Novembro de 2025.**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE

**Assoc. dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE**

APAE Três de Maio-RS

CNPJ: 88.505.821/0001-20
Fone: (55) 3535-1994 - Whats: (55) 9 8117-2777
Rua Santo Ângelo, 1370 - TRÊS DE MAIO - RS
Site: tresdemaio.apaers.org.br
E-mail: tresdemaio@apaers.org.br

RECIBO

Nº 92115

Recebemos de: Prefeitura Municipal de Três de Maio

R$ 353.082,33

a importância supra de: Trezentos e cinquenta e três mil e oitenta e dois reais e trinta e três centavos

Referente a: Terceira ala Fevereiro Nº 06/2025

Três de Maio 03 / 04 /2025

Gráfica VILANI Ltda. - Fone: 3535-2080 - 3X50 - 12/23 - 90.001 a 95.000

Depto. Cobrança

Confere com o Original

Assinatura

banrisul

**Recibo de Transferência**
Número: 01659893002/00000000216826/257048
Data: 01/04/2025
Hora: 13:52:34

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 01/04/2025 |
| Valor: | R$ 358.082,33 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0944-04.034252.0-6 |
| Correntista Débito: | 19.295.620/0001-23 - FUNDO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRI |
| Banco ou IF do Destinatário: | 748 - SICREDI |
| Agência do Destinatário: | 0306 |
| Conta do Destinatário: | 0000000962996 |
| Correntista de Crédito: | 88.505.821/0001-20 - ASSO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEP |
| Finalidade: | 00010 - CREDITO EM CONTA |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03220B4CE55B80E2B63BD12608F971E9EF39

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

Confere com o Original

Assinatura

**Assoc. dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE**

APAE
Três de Maio-RS

CNPJ: 88.505.821/0001-20
Fone: (55) 3535-1994 - Whats: (55) 9 8117-2777
Rua Santo Ângelo, 1370 - TRÊS DE MAIO - RS
Site: tresdemaio.apaers.org.br
E-mail: tresdemaio@apaers.org.br

# RECIBO

Nº 92145

Recebemos de: Prefeitura Municipal Três de Maio

R$ 73.023,38

a importância supra de: Setenta e três mil, vinte e três reais e trinta e oito centavos.

Referente a: 1º Termo Aditivo ao Termo de Fomento 06/2025

Três de Maio 04 / 09 /2025

Depto. Cobrança

Gráfica VILANI Ltda. - Fone: 3535-2080 - 3X50 - 12/23 - 90.001 a 95.000

Confere com o Original

Assinatura

banrisul

**Recibo de Transferência**
Número: 01706139354/00000000190412/312693
Data: 04/09/2025
Hora: 09:52:31

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/09/2025 |
| Valor: | R$ 73.023,38 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0944-04.034252.0-6 |
| Correntista Débito: | 19.295.620/0001-23 - FUNDO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRI |
| Banco ou IF do Destinatário: | 748 - SICREDI |
| Agência do Destinatário: | 0306 |
| Conta do Destinatário: | 0000000535176 |
| Correntista de Crédito: | 88.505.821/0001-20 - ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEP |
| Finalidade: | 00010 - CREDITO EM CONTA |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

032D4C224CFBBB5CEF4DF4D30DF8155ED930

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

Confere com o Original

Assinatura

Contribuição e Subvenção Social

***Relação das Despesas efetuadas a partir dos valores recebidos através do Termo de Fomento***

01. NOME DA ENTIDADE

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE**

02. ANO **2025**

03.TERMO DE FOMENTO Nº: 06/2025 e 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025

| 04. NOME DO FAVORECIDO | 05. DOCUMENTO | | | 06. PAGAMENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **5.1 TIPO** | **5.2 NÚMERO** | **5.3 DATA** | **6.1 Nº de CONTROLE** | **6.2 DATA** | **6.3 VALOR (R$)** |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 29 | 25/04/2025 | 2712293493 | 28/04/2025 | R$ 4.356,00 |
| Comunica Clinica de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 34 | 25/04/2025 | 2712278529 | 28/04/2025 | R$ 5.148,00 |
| Fabiane Freoder Serviços de Assistência Social Ltda - ME | Nota Fiscal | 84 | 25/04/2025 | 2712270144 | 28/04/2025 | R$ 7.122,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME (parcial) | Nota Fiscal | 1055 | 25/04/2025 | 2712228855 | 28/04/2025 | R$ 8.942,06 |
| CMM Serviços de Psicologia Ltda | Nota Fiscal | 127 | 27/04/2025 | 2712232206 | 28/04/2025 | R$ 9.174,00 |
| Aline Wazlawick Ltda | Nota Fiscal | 34 | 25/04/2025 | 2712234750 | 28/04/2025 | R$ 9.438,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1056 | 28/04/2025 | 2712274334 | 28/04/2025 | R$ 11.286,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1057 | 28/04/2025 | 2712329998 | 28/04/2025 | R$ 1.056,00 |
| Sawitzki Clinica Medica Ltda | Nota Fiscal | 638 | 28/04/2025 | 2713018979 | 28/04/2025 | R$ 3.850,00 |
| Nathalia Rodrigues Ltda | Nota Fiscal | 202500000000169 | 28/04/2025 | 2713035467 | 28/04/2025 | R$ 7.854,00 |
| Iasmin Kasprczak Serviços de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 222 | 28/04/2025 | 2713050790 | 28/04/2025 | R$ 6.105,00 |
| Tomasi & Cia - LTDA - Auditores - ME | Nota Fiscal | 5461 | 28/04/2025 | 2713047611 | 28/04/2025 | R$ 2.750,00 |
| Fabiola Meinertz & Cia Ltda | Nota Fiscal | 314 | 28/04/2025 | 2713062973 | 28/04/2025 | R$ 6.006,00 |
| Tomasi & Cia - LTDA - Auditores - ME | Nota Fiscal | 5561 | 26/05/2025 | 2748199000 | 26/05/2025 | R$ 2.750,00 |
| Sawitzki Clinica Medica Ltda | Nota Fiscal | 657 | 26/05/2025 | 2748195740 | 26/05/2025 | R$ 3.850,00 |
| Fabiola Meinertz & Cia Ltda | Nota Fiscal | 330 | 26/05/2025 | 2748185905 | 26/05/2025 | R$ 5.412,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 30 | 26/05/2025 | 2748182975 | 26/05/2025 | R$ 9.801,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1059 | 26/05/2025 | 2748332199 | 26/05/2025 | R$ 12.144,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1058 | 26/05/2025 | 2748573102 | 26/05/2025 | R$ 10.758,00 |
| Comunica Clinica de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 35 | 27/05/2025 | 2749854058 | 27/05/2025 | R$ 5.478,00 |
| Psimed Serviços de Psicologia Ltda- ME | Nota Fiscal | 434 | 27/05/2025 | 2749847679 | 27/05/2025 | R$ 2.112,00 |
| Aline Wazlawick Ltda | Nota Fiscal | 43 | 27/05/2025 | 2749850055 | 27/05/2025 | R$ 9.702,00 |
| Psimed Serviços de Psicologia Ltda- ME | Nota Fiscal | 437 | 24/06/2025 | 2785169611 | 25/06/2025 | R$ 1.056,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 32 | 24/06/2025 | 2785166779 | 25/06/2025 | R$ 10.560,00 |
| Topfisio Clinica de Fisioterapia e Reabilitação | Nota Fiscal | 255 | 25/06/2025 | 2785156426 | 25/06/2025 | R$ 3.432,00 |
| Comunica Clinica de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 36 | 24/06/2025 | 2785170525 | 25/06/2025 | R$ 4.752,00 |
| Nathalia Rodrigues Ltda | Nota Fiscal | 202500000000203 | 25/06/2025 | 2785161224 | 25/06/2025 | R$ 6.072,00 |
| Iasmin Kasprczak Serviços de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 237 | 25/06/2025 | 2785158824 | 25/06/2025 | R$ 8.580,00 |
| Aline Wazlawick Ltda | Nota Fiscal | 44 | 25/06/2025 | 2785162368 | 25/06/2025 | R$ 9.240,00 |
| Fabiane Freoder Serviços de Assistência Social Ltda - ME | Nota Fiscal | 88 | 25/06/2025 | 2785155135 | 25/06/2025 | R$ 9.981,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1061 | 24/06/2025 | 2785164807 | 25/06/2025 | R$ 10.032,00 |

PC

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Daniela Behnen Serviços de Terapia Ocupacional Ltda | Nota Fiscal | 235 | 24/06/2025 | 2785185271 | 25/06/2025 | R$ | 7.128,00 |
| CMM Serviços de Psicologia Ltda | Nota Fiscal | 141 | 25/06/2025 | 2785385195 | 25/06/2025 | R$ | 7.590,00 |
| Topfisio Clinica de Fisioterapia e Reabilitação | Nota Fiscal | 258 | 29/07/2025 | 2825937981 | 29/07/2025 | R$ | 7.326,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1067 | 28/07/2025 | 2825940374 | 29/07/2025 | R$ | 12.144,00 |
| Comunica Clinica de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 38 | 29/07/2025 | 2825936425 | 29/07/2025 | R$ | 7.524,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 35 | 28/07/2025 | 2825945476 | 29/07/2025 | R$ | 8.118,00 |
| Daniela Behnen Serviços de Terapia Ocupacional Ltda | Nota Fiscal | 244 | 29/07/2025 | 2825933788 | 29/07/2025 | R$ | 9.702,00 |
| Ler e Aprender MS Ltda - ME | Nota Fiscal | 75 | 28/07/2025 | 2825943782 | 29/07/2025 | R$ | 10.230,00 |
| Tomasi & Cia - LTDA - Auditores - ME | Nota Fiscal | 5827 | 25/08/2025 | 2860087460 | 26/08/2025 | R$ | 2.750,00 |
| Sawitzki Clinica Medica Ltda | Nota Fiscal | 716 | 25/08/2025 | 2860084977 | 26/08/2025 | R$ | 3.850,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 36 | 25/08/2025 | 2860086651 | 26/08/2025 | R$ | 10.560,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1068 | 25/08/2025 | 2860082289 | 26/08/2025 | R$ | 12.870,00 |
| Topfisio Clinica de Fisioterapia e Reabilitação | Nota Fiscal | 260 | 26/08/2025 | 2860332558 | 26/08/2025 | R$ | 6.336,00 |
| Ler e Aprender MS Ltda - ME | Nota Fiscal | 84 | 26/08/2025 | 2860519881 | 26/08/2025 | R$ | 8.448,00 |
| Psimed Serviços de Psicologia Ltda- ME | Nota Fiscal | 442 | 26/08/2025 | 2860527977 | 26/08/2025 | R$ | 2.376,00 |
| CMM Serviços de Psicologia Ltda | Nota Fiscal | 162 | 26/09/2025 | 2899553023 | 29/09/2025 | R$ | 9.636,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1071 | 26/09/2025 | 2899550635 | 29/09/2025 | R$ | 11.880,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 38 | 26/09/2025 | 2899555447 | 29/09/2025 | R$ | 12.771,00 |
| Sawitzki Clinica Medica Ltda | Nota Fiscal | 774 | 26/09/2025 | 2899556523 | 29/09/2025 | R$ | 3.850,00 |
| Comunica Clinica de Fonoaudiologia Ltda | Nota Fiscal | 40 | 26/09/2025 | 2899554421 | 29/09/2025 | R$ | 3.600,00 |
| Nathalia Rodrigues Ltda | Nota Fiscal | 202500000000247 | 23/10/2025 | 2932641803 | 24/10/2025 | R$ | 8.184,00 |
| Topfisio Clinica de Fisioterapia e Reabilitação | Nota Fiscal | 265 | 23/10/2025 | 2932646247 | 24/10/2025 | R$ | 6.765,00 |
| Pedro Henrique Mello da Silva Ltda | Nota Fiscal | 42 | 23/10/2025 | 2932639336 | 24/10/2025 | R$ | 11.352,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1075 | 23/10/2025 | 2932644191 | 24/10/2025 | R$ | 12.144,00 |
| Euvita Clinica e Consultoria Ltda ME | Nota Fiscal | 1074 | 23/10/2025 | 2932634628 | 24/10/2025 | R$ | 13.200,00 |
| Ler e Aprender MS Ltda - ME | Nota Fiscal | 93 | 23/10/2025 | 2932632279 | 24/10/2025 | R$ | 10.560,00 |
| Tomasi & Cia - LTDA - Auditores - ME | Nota Fiscal | 6041 | 24/10/2025 | 2932660379 | 24/10/2025 | R$ | 2.750,00 |
| Daniela Behnen Serviços de Terapia Ocupacional Ltda(parcial | Nota Fiscal | 272 | 24/10/2025 | 2932663848 | 24/10/2025 | R$ | 1.340,85 |
| Sawitzki Clinica Medica Ltda | Nota Fiscal | 824 | 24/10/2025 | 2932662093 | 24/10/2025 | R$ | 3.850,00 |
| ***07. TOTAL DA DESPESA*** | | | | | | **R$** | **437.633,91** |
| **08. TOTAL DA RECEITA** | | | | | | **R$** | **431.105,71** |
| **09. RECEITA DE RENDIMENTOS** | | | | | | **R$** | **6.528,20** |
| **10.RECEITA POUPANÇA** | | | | | | | |
| 11. SALDO A DEVOLVER | | | | | | **R$** | - |

Três de Maio - RS, 13 Novembro de 2025

DATA

PAULO BENDER DE CAMARGO

PRESIDENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA**<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**29** | Situação<br>**Emitida** | |
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SANTA ROSA BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2504 2513 4303 5805 1420 8702 0250 4739 3671

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **25/04/2025** | **25/04/2025, 13:43** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|---|---|---|
| Nome Fantasia<br>APAE | | |
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 4.356,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
66 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de Abril 2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 4.356,00 | 0,00 | 0,00 | 4.356,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4.356,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente
(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472504251343035805142087020250473936 71

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/05/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$585,88 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$98,88 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.330-41

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:27

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712293493 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:51 |
| Valor Transferido (R$): | 4.356,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 29 |
| Autenticação Eletrônica: | 2B6D.5D6D.6AAC.10EA.EAC5.D434.A7F1.57FB |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original
Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 34**

Série: 1

DJJI-WLR6-I8SZ

Data e Hora de Emissão: **25/04/2025 às 13:56:20**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **25/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **fabieligehm@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | Telefone: | **55-984264069** |
| CPF/CNPJ: | **45.687.788/0001-94** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.10584** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AVENIDA SENADOR ALBERTO PASQUALINE, 230** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA. - UNIDADE: 78 HORA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 154,44** | **R$ 5.148,00** |
| | | | **R$ 154,44** | **R$ 5.148,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.148,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 5.148,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 5.148,00** | **R$ 0,00** | **R$ 154,44** |

RPS: 0 / NFS-e (25/04/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 5.148,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

F. Fehm
Fonoaudióloga
CRFa-RS 7-3617

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:26

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712278529 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50120-6 |
| Favorecido: | COMUNICA CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:53 |
| Valor Transferido (R$): | 5.148,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 34 |
| Autenticação Eletrônica: | 0C0A.99AC.851B.CA60.4562.618E.CA39.E441 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 84**

Série: 1

B1EV-08BJ-ENN9

Data e Hora de Emissão: **25/04/2025 às 13:53:49**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **25/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **FABIANE FRODER SERVICOS DE ASSISTENCIA SOCIAL LTDA-ME** | E-Mail: | **fabifreoder@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **55 - 9 9122-6947** |
| CPF/CNPJ: | **41.255.966/0001-57** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.10208** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **SANTO ANTONIO, 239** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **27.01 - 107 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.** | **2%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 142,44** | **R$ 7.122,00** |
| | | | **R$ 142,44** | **R$ 7.122,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

27.01 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.122,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 7.122,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 7.122,00** | **R$ 0,00** | **R$ 142,44** |

RPS: 0 / NFS-e (25/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 7.122,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

**VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS MUNICIPAIS 2% E FEDERAIS 4%.**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Fabiane Freoder
CPF nº 000.579.650-48
CRESS nº 8225
Assistente Social

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:23

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712270144 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48466-8 |
| Favorecido: | FABIANE FREODER SERVICOS DE ASSISTENCIA SOCIAL LTD |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:54 |
| Valor Transferido (R$): | 7.122,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 84 |
| Autenticação Eletrônica: | D2C1.F0F0.D408.0C39.5D29.4C86.6C63.4827 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original
Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1055**
Série: 1
KIGN-4GF9-W2VE

Data e Hora de Emissão: **25/04/2025 às 07:52:10**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **25/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 163 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FISIOTERAPIA.** | **2,35%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 252,81** | **R$ 10.758,00** |
| | | | **R$ 252,81** | **R$ 10.758,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.758,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 10.758,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 10.758,00** | **R$ 0,00** | **R$ 252,81** |

RPS: 0 / NFS-e (25/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 10.758,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
Valor aproximado de tributos federais 5% e municipais 2,35% - Beatriz.

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

*Beatriz Chrischon*
*Fisioterapeuta*
*CREFITO 14418-F*
*CPF: 505.187.800-82*

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:19

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712228855 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:56 |
| Valor Transferido (R$): | 8.942,06 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO PARCIAL NOTA FISCAL 1055 |
| Autenticação Eletrônica: | 201C.0F52.AB77.B092.AA72.ADA7.57F2.1B89 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 127**

Série: 1

60DU-4X1A-4LD2

Data e Hora de Emissão: **27/04/2025 às 17:00:36**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **27/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **carinamirowski@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA** | Telefone: | **55-996043339** |
| CPF/CNPJ: | **48.493.880/0001-01** | Inscrição Municipal: | **10778.2022** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 1031** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.15 - 139 HORAS DE SERVIÇO DE PSICOLOGIA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 275,22** | **R$ 9.174,00** |
| | | | **R$ 275,22** | **R$ 9.174,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.174,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.174,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 9.174,00** | **R$ 0,00** | **R$ 275,22** |

RPS: 0 / NFS-e (27/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.174,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Carina Mayer Mirowski
Psicóloga
CRP07 - 30854
CPF nº 025.840.280-69

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:20

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712232206 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 47756-4 |
| Favorecido: | CMM SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:58 |
| Valor Transferido (R$): | 9.174,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 127 |
| Autenticação Eletrônica: | 46C7.54BD.DE04.451C.5381.35FF.DC12.EBF9 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original
Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 34**

Série: 1

RFT0-N1SN-06FO

Data e Hora de Emissão: **25/04/2025 às 17:03:31**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **25/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ALINE WAZLAWICK LTDA** | E-Mail: | **awazlawick@yahoo.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **55-99160144** |
| CPF/CNPJ: | **47.271.352/0001-45** | Inscrição Municipal: | **1.106.1.10676** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **IPÊ, 771** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.16 - REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE PSICOLOGIA NO MÊS DE ABRIL DE 2025 (143 HORAS)** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 283,14** | **R$ 9.438,00** |
| | | | **R$ 283,14** | **R$ 9.438,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.16 - PSICOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.438,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.438,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 9.438,00** | **R$ 0,00** | **R$ 283,14** |

RPS: 0 / NFS-e (25/04/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.438,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Aline Wazlawick**
**Psicóloga**
**CRP 07/14370**
**CPF: 981.188.110-34**

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:22

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712234750 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48851-1 |
| Favorecido: | ALINE WAZLAWICK LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:16:59 |
| Valor Transferido (R$): | 9.438,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 34 |
| Autenticação Eletrônica: | F46B.FB0B.DDAB.C87F.55C4.5799.AD4A.E4FC |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1056**
Série: 1
TJ58-POO3-VDLR

Data e Hora de Emissão: **28/04/2025 às 08:46:00**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **28/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENTE SOCIAL - UNIDADE: 171 HORA** | **2,35%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 265,22** | **R$ 11.286,00** |
| | | | **R$ 265,22** | **R$ 11.286,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 11.286,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 11.286,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 11.286,00** | **R$ 0,00** | **R$ 265,22** |

RPS: 0 / NFS-e (28/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 11.286,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
Valores aproximados dos tributos: ISS 2,35% E FEDERAIS 5,00%

**LEANDRO STEIGER**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

Leandro Steiger
Assistente Social
CRESS 5075
CPF 773.590.380-49

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 09:17:24

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712274334 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:17:01 |
| Valor Transferido (R$): | 11.286,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1056 |
| Autenticação Eletrônica: | 261A.07F8.BFC7.2C2D.D443.C760.4453.BB61 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1057**

Série: 1

09FD-ZRQV-F0V5

Data e Hora de Emissão: **28/04/2025 às 09:18:15**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **28/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 16 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE SERVIÇO SOCIAL** | **2,35%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 24,82** | **R$ 1.056,00** |
| | | | **R$ 24,82** | **R$ 1.056,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.056,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 1.056,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 1.056,00** | **R$ 0,00** | **R$ 24,82** |

RPS: 0 / NFS-e (28/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 1.056,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Valor aproximado de tributos federais 5% e municipais 2,35% - Laís.

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Lais Schwarz
ASSISTENTE SOCIAL
CPF 012.397.580-81
Cress:8169

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 10:54:43

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2712329998 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 10:01:26 |
| Valor Transferido (R$): | 1.056,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1057 |
| Autenticação Eletrônica: | 98DC.36F8.A4C7.5C12.E445.AF50.CCD3.435E |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 638**

Série: 1

G53W-JXM2-1P9I

Data e Hora de Emissão: **28/04/2025 às 11:23:30**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **28/04/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | **CLINICA SAWITZKI** | Telefone: | **35351950** |
| CPF/CNPJ: | **48.961.574/0001-52** | Inscrição Municipal: | **10826.2023** |
| Bairro: | **SEM INFORMACAO** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 512** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.01 - DR REINALDO - SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGISTA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 123,07** | **R$ 4.102,28** |
| | | | **R$ 123,07** | **R$ 4.102,28** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 26,66** | **R$ 123,07** | **R$ 0,00** | **R$ 61,53** | **R$ 41,02** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.102,28** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.850,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 4.102,28** | **R$ 0,00** | **R$ 123,07** |

RPS: 0 / NFS-e (28/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.850,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Dr. Reinaldo J. Sawitzki
Otorrinolaringologista
CRM 7225
CPF nº: 221.986.100-78

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 14:08:09

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2713018979 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50064-6 |
| Favorecido: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:07:55 |
| Valor Transferido (R$): | 3.850,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 26 |
| Autenticação Eletrônica: | AFC5.62EA.F728.1112.6DAE.3583.8A59.30C1 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

## JUSTIFICATIVA

Considerando o Plano de Trabalho referente ao **Termo de Fomento nº 06/2025 e 1º Termo Aditivo ao Termo de Fomento nº 06/2025,** celebrado entre si pelo Município de Três de Maio/RS e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, faz-se necessário justificar que: a descrição correta no campo **Motivo da Transferência** é **PAGAMENTO NOTA FISCAL 638.**

Esperamos ter justificado os fatos ocorridos, estamos a disposição para maiores informações.

Três de Maio, Dezembro de 2025

Paulo Bender de Camargo
Presidente

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**NATHALIA RODRIGUES LTDA**
Rua SAO BORJA, 73
CEP: 98770-000 - Bairro: CENTRO
Município: Catuípe - RS
E-mail: ep.nathaliarodrigues@outlook.com
Fone: (55) 99144-7952

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 48.692.046/0001-45 | **** | 3039 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202500000000169 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 28/04/2025 | bd9292e77 |

**MUNICIPIO DE CATUIPE/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (55) 3336-0000 - catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 28/04/2025 | Exigível | Catuípe/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
Endereço: SANTO ÂNGELO,1370
Cidade: Três de Maio | UF: RS | Fone: (55) 3535-1994 | CEP: 98910-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF / NIF: 88.505.821/0001-20 | Inscrição Municipal: | Inscrição Estadual:
E-mail: *****

## Município de Prestação do Serviço

Catuípe/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL - 119 hs | 7.854,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.854,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 7.854,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 7.854,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$178,29; Est: R$0,00; Fed: R$1056,36; Total Aprox: R$1234,65. Fonte: IBPT.

Os serviços foram prestados

Consulta realizada em 28/04/2025 às 09:47:29.
**Para consultar a autenticidade acesse: catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal**

2025000000000169bd9292e774869204600014 5

Recebi(emos) de NATHALIA RODRIGUES LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Confere com o Original

___/___/_____ Data

_____ Identificação e assinatura do recebedor

| Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|
| 202500000000169 | Nathália Rodrigues<br>Terapeuta Ocupacional<br>CREFITO 5/23913-TO<br>CPF: 037.290.210-36 |
| Competência 28/04/2025 | |
| NFS-e bd9292e77 | |

Consulta realizada em 28/04/2025 às 09:47:29.
**Para consultar a autenticidade acesse: catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal**

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 14:13:26

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2713035467 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 98518-1 |
| Favorecido: | NATHALIA RODRIGUES LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:12:59 |
| Valor Transferido (R$): | 7.854,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO Nf202500000000169 |
| Autenticação Eletrônica: | 6BF8.9FD8.7CED.70CB.148C.F83F.9CC7.CA77 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 222**

Série: 1

XKVB-6FX4-3WAW

Data e Hora de Emissão: **28/04/2025 às 10:14:53**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **28/04/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **IASMIN KASPRCZAK SERVICOS DE FONOAUDIOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **kasprczakiasmim@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **51 - 999262003** |
| CPF/CNPJ: | **42.881.554/0001-95** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.10367** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **OTTO SCHULTZ, 168** |
| Complemento: | **--** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 92,5 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FONOAUDIOLOGIA.** | **2,01%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 122,71** | **R$ 6.105,00** |
| | | | **R$ 122,71** | **R$ 6.105,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 6.105,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 6.105,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 6.105,00** | **R$ 0,00** | **R$ 122,71** |

RPS: 0 / NFS-e (28/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 6.105,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

**VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS FEDERAIS 4% E MUNICIPAIS 2%**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Iasmim Kasprczak
Fonoaudióloga
CRFª 7 - 10387
CPF: 054.242.473-85

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 14:18:47

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2713050790 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 69380-5 |
| Favorecido: | IASMIM KASPRCZAK SERVICOS DE FONOAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:18:21 |
| Valor Transferido (R$): | 6.105,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 222 |
| Autenticação Eletrônica: | 49F8.21A2.6551.5DA5.970B.5271.C5B6.303C |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original
Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 5461**

Série: 1

Z3EO-XA92-XB3Q

Data e Hora de Emissão: **28/04/2025 às 11:26:07**
Competência: **4/2025**
Data da Prestação: **28/04/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOMASI & CIA LTDA - AUDITORES - ME** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **35351147** |
| CPF/CNPJ: | **03.799.928/0001-76** | Inscrição Municipal: | **1.115.3. 6158** |
| Bairro: | | Endereço: | **RUA OSVALDO CRUZ, 381, SALA 07** |
| Complemento: | **SALA 07** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.01 - DR CLOVIS TOMASI - SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICO GERAL** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 87,91** | **R$ 2.930,21** |
| | | | **R$ 87,91** | **R$ 2.930,21** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 19,05** | **R$ 87,91** | **R$ 0,00** | **R$ 43,95** | **R$ 29,30** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.930,21** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.750,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 2.930,21** | **R$ 0,00** | **R$ 87,91** |

RPS: 0 / NFS-e (28/04/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.750,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Dr. Clóvis E. R. Tomasi
Médico
CREMERS 10305
CPF 316.652.410-04

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 14:18:46

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2713047611 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50302-9 |
| Favorecido: | TOMASI E CIA LTDA AUDITORES |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:18:20 |
| Valor Transferido (R$): | 2.750,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 5461 |
| Autenticação Eletrônica: | FB0E.BE69.887C.3A68.1BA0.A46E.9D02.873D |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FABIOLA MEINERTZ & CIA LTDA**<br>**CNPJ:** 18.002.960/0001-56<br>RUA GUAPORÉ - 544, APTO 301<br>CEP: 98.780-756 - Bairro: CENTRO<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 45221 - **Insc. Estadual:**<br>Telefone: 5591440429 - Celular: 5591440429 | Número da NFS-e<br>**314** | Situação<br>**Emitida** | Autenticidade |
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SANTA ROSA BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2804 2510 1507 2901 8002 9602 0250 4739 3996

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **28/04/2025** | **28/04/2025, 10:15** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|---|---|---|
| Nome Fantasia<br>APAE | | |
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 6.006,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
91 horas de serviço de Fonoaudiologia prestadas em ABRIL/2025
Fabiola Meinertz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Valor Total**<br>6.006,00 | **Desc. Incondicional**<br>0,00 | **Dedução**<br>0,00 | **Base de Cálculo**<br>6.006,00 | **ISSQN**<br>SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF**<br>0,00 | **IR**<br>0,00 | **INSS**<br>0,00 | **CSLL**<br>0,00 | **COFINS**<br>0,00 |
| **PIS**<br>0,00 | **Outras Retenções**<br>0,00 | **Total Trib. Federais**<br>0,00 | **Desc. Condicional**<br>0,00 | **Valor Líquido**<br>6.006,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 415/2019 de 07/08/2019 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472804251015072901800296020250473939 96

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/05/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$807,81 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$136,34 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Fabíola Meinertz**
Fonoaudióloga
CRFa 7 - 9700
CPF nº 014.894.570-89

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/04/2025 14:32:38

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2713062973 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 16661-5 |
| Favorecido: | FABIOLA MEINERTZ CIA LTDA. |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 28/04/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:32:04 |
| Valor Transferido (R$): | 6.006,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 314 |
| Autenticação Eletrônica: | 58F5.FBAC.2597.E224.8040.F860.947C.4BF1 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 5561**

Série: 1

XA5X-C1F0-JF08

Data e Hora de Emissão: **26/05/2025 às 11:47:18**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **26/05/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOMASI & CIA LTDA - AUDITORES - ME** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **35351147** |
| CPF/CNPJ: | **03.799.928/0001-76** | Inscrição Municipal: | **1.115.3. 6158** |
| Bairro: | | Endereço: | **RUA OSVALDO CRUZ, 381, SALA 07** |
| Complemento: | **SALA 07** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.01 - DR CLOVIS TOMASI - SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICO GERAL | 3% | EXIGÍVEL | R$ 87,91 | R$ 2.930,21 |
| | | | R$ 87,91 | R$ 2.930,21 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 19,05 | R$ 87,91 | R$ 0,00 | R$ 43,95 | R$ 29,30 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.930,21** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.750,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.930,21 | R$ 0,00 | R$ 87,91 |

RPS: 0 / NFS-e (26/05/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.750,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

Dr. Clóvis E. R. Tomasi
Médico
CREMERS 10305
CPF 316.652.410-04

Confere com o Original

Assinatura

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 15:19:59

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748199000 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50302-9 |
| Favorecido: | TOMASI E CIA LTDA AUDITORES |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:05:28 |
| Valor Transferido (R$): | 2.750,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 5561 |
| Autenticação Eletrônica: | 580C.4F37.9B05.F8F1.EAF5.C604.D521.03D4 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 657**
Série: 1
ZAYD-Z4YR-G36T

Data e Hora de Emissão: **26/05/2025 às 11:45:08**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **26/05/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | **CLINICA SAWITZKI** | Telefone: | **35351950** |
| CPF/CNPJ: | **48.961.574/0001-52** | Inscrição Municipal: | **10826.2023** |
| Bairro: | **SEM INFORMACAO** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 512** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.01 - DR REINALDO - SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGISTA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 123,07** | **R$ 4.102,28** |
| | | | **R$ 123,07** | **R$ 4.102,28** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 26,66** | **R$ 123,07** | **R$ 0,00** | **R$ 61,53** | **R$ 41,02** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.102,28** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.850,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 4.102,28** | **R$ 0,00** | **R$ 123,07** |

RPS: 0 / NFS-e (26/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.850,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

Dr. Reinaldo J. Sawitzki
Otorrinolaringologista
CRM 7225
CPF nº: 221.966.100-78

Confere com o Original
Assinatura

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 15:19:58

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748195740 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50064-6 |
| Favorecido: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:05:29 |
| Valor Transferido (R$): | 3.850,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 657 |
| Autenticação Eletrônica: | 9D91.C28C.4822.51CB.59FC.69BA.326F.F2E1 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FABIOLA MEINERTZ & CIA LTDA**<br>**CNPJ:** 18.002.960/0001-56<br>RUA GUAPORÉ - 544, APTO 301<br>CEP: 98.780-756 - Bairro: CENTRO<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 45221 - **Insc. Estadual:**<br>Telefone: 5591440429 - Celular: 5591440429 | Número da NFS-e<br>**330** | Situação<br>**Emitida** | Autenticidade |
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SANTA ROSA BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2605 2510 5059 9001 8002 9602 0250 5739 3292

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **26/05/2025** | **26/05/2025, 10:50** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|---|---|---|
| Nome Fantasia<br>APAE | | |
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 5.412,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
82 horas de serviço de Fonoaudiologia prestadas em MAIO/2025
Fabiola Meinertz

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Valor Total**<br>5.412,00 | **Desc. Incondicional**<br>0,00 | **Dedução**<br>0,00 | **Base de Cálculo**<br>5.412,00 | **ISSQN**<br>SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF**<br>0,00 | **IR**<br>0,00 | **INSS**<br>0,00 | **CSLL**<br>0,00 | **COFINS**<br>0,00 |
| **PIS**<br>0,00 | **Outras Retenções**<br>0,00 | **Total Trib. Federais**<br>0,00 | **Desc. Condicional**<br>0,00 | **Valor Líquido**<br>5.412,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 415/2019 de 07/08/2019 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472605251050599001800296020250573932 92

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/06/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$727,91 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$122,85 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Fabíola Meinertz**
Fonoaudióloga
CRFa 7 - 9700
CPF nº 014.894.570-89

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 15:19:56

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748185905 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 16661-5 |
| Favorecido: | FABIOLA MEINERTZ CIA LTDA. |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:05:30 |
| Valor Transferido (R$): | 5.412,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 330 |
| Autenticação Eletrônica: | C510.3D8D.44DE.0459.F239.0C92.6584.5C69 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**30** | Situação<br>**Emitida** | |
|---|---|---|---|
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2605 2510 4413 1305 1420 8702 0250 5739 3992

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **26/05/2025** | **26/05/2025, 10:44** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome Fantasia | | |
|---|---|---|
| APAE | | |
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 9.801,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
148,5 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de maio 2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 9.801,00 | 0,00 | 0,00 | 9.801,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9.801,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente
(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472605251044131305142087020250573939 92

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/06/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.318,23 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$222,48 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

**Os serviços foram prestados**

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.330-41

Confere com o Original

Assinatura

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 15:19:55

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748182975 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:05:32 |
| Valor Transferido (R$): | 9.801,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 30 |
| Autenticação Eletrônica: | A66A.2CC0.F253.3D7A.2CBB.28D1.B57D.EB4B |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1059**

Série: 1

BRJU-TCBY-K34T

Data e Hora de Emissão: **26/05/2025 às 10:33:30**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **26/05/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA CONDIÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL - UNIDADE: 184 HORA** | **2,37%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 287,81** | **R$ 12.144,00** |
| | | | **R$ 287,81** | **R$ 12.144,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.144,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 12.144,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 12.144,00** | **R$ 0,00** | **R$ 287,81** |

RPS: 0 / NFS-e (26/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 12.144,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
Valores aproximados dos tributos estaduais e federais: 05/2025 é 2,37% ISS e 5,03%

Leandro Steiger

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Confere com o Original

Assinatura

Leandro Steiger
Assistente Social
CRESS 5075
CPF 773.590.380-49

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 15:34:02

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748332199 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:19:35 |
| Valor Transferido (R$): | 12.144,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1059 |
| Autenticação Eletrônica: | E9DE.DB9F.02CA.49D8.62E5.A682.7F0F.74B9 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 1058**
Série: 1
BQEM-GHGL-5PBI

Data e Hora de Emissão: **26/05/2025 às 08:13:31**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **26/05/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 163 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FISIOTERAPIA** | **2,37%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 254,96** | **R$ 10.758,00** |
| | | | **R$ 254,96** | **R$ 10.758,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.758,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 10.758,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 10.758,00** | **R$ 0,00** | **R$ 254,96** |

RPS: 0 / NFS-e (26/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 10.758,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
Valor aproximado de tributos federais 5,03% e municipais 2,37% - Beatriz

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

*Beatriz Chrischon*
*Fisioterapeuta*
*CREFITO 14418-F*
*CPF: 505.187.800-82*

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/05/2025 16:47:49

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2748573102 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 16:47:32 |
| Valor Transferido (R$): | 10.758,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1058 |
| Autenticação Eletrônica: | F493.9B53.B8E0.1D53.EAD7.9AA0.AF7A.7F2C |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota:** 35
Série: 1
SYVA-06W9-V70G

Data e Hora de Emissão: **27/05/2025 às 10:03:43**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **27/05/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **fabieligehm@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | Telefone: | **55-984264069** |
| CPF/CNPJ: | **45.687.788/0001-94** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.10584** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AVENIDA SENADOR ALBERTO PASQUALINE, 230** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA - UNIDADE: 83 HORA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 164,34** | **R$ 5.478,00** |
| | | | **R$ 164,34** | **R$ 5.478,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.478,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 5.478,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 5.478,00** | **R$ 0,00** | **R$ 164,34** |

RPS: 0 / NFS-e (27/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 5.478,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Fabieli T. B. Gehm
Fonoaudióloga
CRFa-RS 7-9617
CPF nº 022.170.130-33

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 27/05/2025 15:31:31

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2749854058 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 56527-0 |
| Favorecido: | FABIELI THAIS BACKES GEHM |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 27/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:31:04 |
| Valor Transferido (R$): | 5.478,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 35 |
| Autenticação Eletrônica: | 9DC5.EB56.2D45.D175.B49C.3475.697F.1474 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 434**

Série: 1

NM1L-6W13-HIQG

Data e Hora de Emissão: **27/05/2025 às 12:22:18**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **27/05/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA-ME** | E-Mail: | **neleichel@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **55 - 3535-1147** |
| CPF/CNPJ: | **09.335.442/0001-63** | Inscrição Municipal: | **1.107.3.7257** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **OSVALDO CRUZ, 479** |
| Complemento: | **SALA 104** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.15 - 32 HORAS DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA. | 2,01% | EXIGÍVEL | R$ 42,45 | R$ 2.112,00 |
| | | | R$ 42,45 | R$ 2.112,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.112,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.112,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.112,00 | R$ 0,00 | R$ 42,45 |

RPS: 0 / NFS-e (27/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.112,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

**PSICÓLOGA NELSI BUGS EICHELBERGER**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Nelsi Bugs Eichelberger
Psicóloga
CRP-07/13.772
CPF nº 189.944.070-49

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 27/05/2025 15:31:28

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2749847679 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 05080-6 |
| Favorecido: | PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 27/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:31:02 |
| Valor Transferido (R$): | 2.112,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 434 |
| Autenticação Eletrônica: | 26B7.3B39.A0CE.2ABB.8C67.C7DF.BE97.12D8 |

Confere com o Original

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota:** 43

Série: 1

KO2W-GWPG-MJ46

Data e Hora de Emissão: **27/05/2025 às 13:39:10**
Competência: **5/2025**
Data da Prestação: **27/05/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ALINE WAZLAWICK LTDA** | E-Mail: | **awazlawick@yahoo.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **55-99160144** |
| CPF/CNPJ: | **47.271.352/0001-45** | Inscrição Municipal: | **1.106.1.10676** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **IPÊ, 771** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.16 - REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE PSICOLOGIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 (147 HORAS).** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 291,06** | **R$ 9.702,00** |
| | | | **R$ 291,06** | **R$ 9.702,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.16 - PSICOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.702,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.702,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 9.702,00** | **R$ 0,00** | **R$ 291,06** |

RPS: 0 / NFS-e (27/05/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.702,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Aline Wazlawick**
**Psicóloga**
**CRP 07/14370**
**CPF: 981.188.110-34**

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 27/05/2025 15:31:30

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2749850055 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48851-1 |
| Favorecido: | ALINE WAZLAWICK LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 27/05/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:31:05 |
| Valor Transferido (R$): | 9.702,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 43 |
| Autenticação Eletrônica: | BB2F.AD24.CB8E.A244.AF42.56EF.3055.AB5D |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Número da Nota:** 437
Série: 1
CD4K-9X4P-B0Y3

ISSQN

Data e Hora de Emissão: **24/06/2025 às 22:59:37**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **24/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA-ME | E-Mail: | neleichel@gmail.com |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | 55 - 3535-1147 |
| CPF/CNPJ: | 09.335.442/0001-63 | Inscrição Municipal: | 1.107.3.7257 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | OSVALDO CRUZ, 479 |
| Complemento: | SALA 104 | CEP: | 98910000 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | | |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | | |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | Telefone: | 055 - 35351994 |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Bairro: | 0 | Inscrição Estadual: | |
| Complemento: | CENTRO | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.15 - 16 HORAS DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA | 2,01% | EXIGÍVEL | R$ 21,23 | R$ 1.056,00 |
| | | | R$ 21,23 | R$ 1.056,00 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.056,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 1.056,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 1.056,00 | R$ 0,00 | R$ 21,23 |

RPS: 0 / NFS-e (24/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 1.056,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares:

**PSICÓLOGA NELSI BUGS EICHELBERGER**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

Outras Informações:

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Nelsi Bugs Eichelberger
Psicóloga
CRP-07/13.772
CPF nº 189.944.070-49

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:57

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785169611 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 05080-6 |
| Favorecido: | PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:17 |
| Valor Transferido (R$): | 1.056,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 437 |
| Autenticação Eletrônica: | 2BDD.1DEA.1F57.A6BA.E85F.927C.09B0.4871 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

**PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA**
**CNPJ:** 51.420.870/0001-50
RUA LIVRAMENTO - 920,
CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA
Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL
**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:**

| Número da NFS-e | Situação |
|---|---|
| **32** | **Emitida** |
| | Tipo **Preenchido** |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2406 2509 1957 0505 1420 8702 0250 6739 4284

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **24/06/2025** | **24/06/2025, 09:19** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|---|---|---|
| Nome Fantasia: APAE | | |
| Nome/Razão Social: ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ: 88.505.821/0001-20 |
| Endereço: RUA SANTO ANGELO | Número: 1370 | Complemento: NÃO INFORMADO |
| Bairro: CENTRO | CEP: 98.910-000 | Cidade: Três de Maio - RS |
| País: Brasil - BR - 1058 | Telefone: Não Informado | Email: Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 10.560,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
160 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de junho 2025

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Valor Total** 10.560,00 | **Desc. Incondicional** 0,00 | **Dedução** 0,00 | **Base de Cálculo** 10.560,00 | **ISSQN** SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** 0,00 | **IR** 0,00 | **INSS** 0,00 | **CSLL** 0,00 | **COFINS** 0,00 |
| **PIS** 0,00 | **Outras Retenções** 0,00 | **Total Trib. Federais** 0,00 | **Desc. Condicional** 0,00 | **Valor Líquido** 10.560,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8939 - Três de Maio

Outras Informações
TI - Tributada Integralmente
(408) Serviço tributado no município do prestador
Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472406250919570505142087020250673942 84

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/07/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.420,32 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$239,71 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

**Os serviços foram prestados**

Confere com o Original
Assinatura

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10570
CPF n 021.052.350-41

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:03:00

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785166779 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:26 |
| Valor Transferido (R$): | 10.560,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 32 |
| Autenticação Eletrônica: | E3BE.4E43.5BAC.2592.4461.01D5.FF01.5980 |

Confere com o Original

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 255**

Série: 1

FFEL-3WOM-ZIWG

Data e Hora de Emissão: **25/06/2025 às 11:16:26**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **25/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇAO** | E-Mail: | **jeffersontm@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **TOPFISIO** | Telefone: | **055 - 35351147** |
| CPF/CNPJ: | **13.959.790/0001-89** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7881** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AV SANTA ROSA,718, 794** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 52 HORAS DE SERVIÇO PRESTADO EM FISIOTERAPIA** | **2%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 68,64** | **R$ 3.432,00** |
| | | | **R$ 68,64** | **R$ 3.432,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.432,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.432,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 3.432,00** | **R$ 0,00** | **R$ 68,64** |

RPS: 0 / NFS-e (25/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.432,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original

Jefferson Kettner Winterfeld
Fisioterapeuta
CREFITO 153.329
CPF 016.094.230-62

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:50

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785156426 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 14438-0 |
| Favorecido: | TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITACAO |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:18 |
| Valor Transferido (R$): | 3.432,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 255 |
| Autenticação Eletrônica: | FD5D.B76D.C33B.1BBD.6E0B.0BFF.A0D5.367C |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Número da Nota:** 36
Série: 1
AQB7-WB94-ZWCD

ISSQN

Data e Hora de Emissão: **24/06/2025 às 11:01:21**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **24/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA | E-Mail: | fabieligehm@gmail.com |
| Nome Fantasia: | COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA | Telefone: | 55-984264069 |
| CPF/CNPJ: | 45.687.788/0001-94 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.10584 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | AVENIDA SENADOR ALBERTO PASQUALINE, 230 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA. - UNIDADE: 72 HORA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 142,56 | R$ 4.752,00 |
| | | | R$ 142,56 | R$ 4.752,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.752,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 4.752,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 4.752,00 | R$ 0,00 | R$ 142,56 |

RPS: 0 / NFS-e (24/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 4.752,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Fabieli T. B. Gehm
Fonoaudióloga
CRFa-RS 7-9617
CPF nº 022.170.130-33

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:56

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785170525 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50120-6 |
| Favorecido: | COMUNICA CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:19 |
| Valor Transferido (R$): | 4.752,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 36 |
| Autenticação Eletrônica: | 5F66.4231.D551.15A5.9777.0F7B.3CF8.E3ED |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**NATHALIA RODRIGUES LTDA**
Rua SAO BORJA, 73
CEP: 98770-000 - Bairro: CENTRO
Município: Catuípe - RS
E-mail: ep.nathaliarodrigues@outlook.com
Fone: (55) 99144-7952

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 48.692.046/0001-45 | **** | 3039 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202500000000203 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 25/06/2025 | 62154ed0e |

**MUNICIPIO DE CATUIPE/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (55) 3336-0000 - https://catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 25/06/2025 | Exigível | Catuípe/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
Endereço: SANTO ÂNGELO,1370
Cidade: Três de Maio | UF: RS | Fone: (55) 3535-1994 | CEP: 98910-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF / NIF: 88.505.821/0001-20 | Inscrição Municipal: | Inscrição Estadual:
E-mail: *****

**Município de Prestação do Serviço**
Catuípe/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: *****
E-mail: | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| 92h de serviço de Terapia Ocupacional | 6.072,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.072,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 6.072,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 6.072,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$137,83; Est: R$0,00; Fed: R$816,68; Total Aprox: R$954,51. Fonte: IBPT.

Os serviços foram prestados

Consulta realizada em 25/06/2025 às 08:37:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: https://catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal**

2025000000000203 62154ed0e 48692046000145

Recebi(emos) de NATHALIA RODRIGUES LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Confere com o Original

Assinatura

__/__/____ Data

Identificacão e assinatura do recebedor

| Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|
| 202500000000203 | |
| Competência 25/06/2025 | Nathália Rodrigues<br>Terapeuta Ocupacional<br>CREFITO 5/23913-TO<br>CPF.: 037.290.210-36 |
| NFS-e 62154ed0e | |

Consulta realizada em 25/06/2025 às 08:37:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: https://catuipe.govbr.cloud/NFSe.Portal**

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:53

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785161224 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 98518-1 |
| Favorecido: | NATHALIA RODRIGUES LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:21 |
| Valor Transferido (R$): | 6.072,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 202500000000203 |
| Autenticação Eletrônica: | BAE1.CFC1.1C17.DA9B.85FA.95CF.B9F7.5B35 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 237**

Série: 1

3C7V-83JW-N0MP

Data e Hora de Emissão: **25/06/2025 às 11:03:39**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **25/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | IASMIN KASPRCZAK SERVICOS DE FONOAUDIOLOGIA LTDA | E-Mail: | kasprczakiasmim@gmail.com |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | 51 - 999262003 |
| CPF/CNPJ: | 42.881.554/0001-95 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.10367 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | OTTO SCHULTZ, 168 |
| Complemento: | -- | CEP: | 98910000 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | | |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | | |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | Telefone: | 055 - 35351994 |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Bairro: | 0 | Inscrição Estadual: | |
| Complemento: | CENTRO | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - 130 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FONOAUDIOLOGIA REFERENTES AO MÊS DE JUNHO DE 2025 | 2,01% | EXIGÍVEL | R$ 172,46 | R$ 8.580,00 |
| | | | R$ 172,46 | R$ 8.580,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.580,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 8.580,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 8.580,00 | R$ 0,00 | R$ 172,46 |

RPS: 0 / NFS-e (25/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 8.580,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

**VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS FEDERAIS 4% E MUNICIPAIS 2%**

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original

Assinatura

Iasmim Kasprczak
Fonoaudióloga
CRFa 7-10387
CPF: 054.242.473-85

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:51

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785158824 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 69380-5 |
| Favorecido: | IASMIM KASPRCZAK SERVICOS DE FONOAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:22 |
| Valor Transferido (R$): | 8.580,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 237 |
| Autenticação Eletrônica: | F4CA.FA73.0721.530B.624A.25F7.B43A.A958 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota:** 44

Série: 1

HPJV-D4KD-2RYP

Data e Hora de Emissão: **25/06/2025 às 11:11:08**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **25/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ALINE WAZLAWICK LTDA | E-Mail: | awazlawick@yahoo.com.br |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | 55-99160144 |
| CPF/CNPJ: | 47.271.352/0001-45 | Inscrição Municipal: | 1.106.1.10676 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | IPÊ, 771 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.16 - REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE PSICOLOGIA (140 HORAS) NO MÊS DE JUNHO DE 2025. | 3% | EXIGÍVEL | R$ 277,20 | R$ 9.240,00 |
| | | | R$ 277,20 | R$ 9.240,00 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
04.16 - PSICOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.240,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 9.240,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 9.240,00 | R$ 0,00 | R$ 277,20 |

RPS: 0 / NFS-e (25/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.240,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares:

Os serviços foram prestados

Outras Informações:

Local de Prestação: 4321808 - TRES DE MAIO - RS
ISSQN Retido: NÃO
Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original

Assinatura

Aline Wazlawick
Psicóloga
CRP 07/14370
CPF: 981.188.110-34

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:58

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785162368 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48851-1 |
| Favorecido: | ALINE WAZLAWICK LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:23 |
| Valor Transferido (R$): | 9.240,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 44 |
| Autenticação Eletrônica: | F5B2.CE05.5AB1.37F7.00CD.5443.4944.D740 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Número da Nota:** 88
Série: 1
M5W4-TH1X-K7EV

ISSQN

Data e Hora de Emissão: **25/06/2025 às 08:22:58**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **25/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | FABIANE FRODER SERVICOS DE ASSISTENCIA SOCIAL LTDA-ME | E-Mail: | fabifreoder@hotmail.com |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | 55 - 9 9122-6947 |
| CPF/CNPJ: | 41.255.966/0001-57 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.10208 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | SANTO ANTONIO, 239 |
| Complemento: | | CEP: | 98910000 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | | |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | CEP: | 98910000 |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | | |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 27.01 - 150 HORAS E 30 MINUTOS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. | 2% | EXIGÍVEL | R$ 199,62 | R$ 9.981,00 |
| | | | R$ 199,62 | R$ 9.981,00 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
27.01 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.981,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 9.981,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 9.981,00 | R$ 0,00 | R$ 199,62 |

RPS: 0 / NFS-e (25/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.981,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares:

**VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS FEDERAIS 4% E MUNICIPAIS 2%.**

Confere com o Original

Assinatura

Outras Informações:

Local de Prestação: 4321808 - TRES DE MAIO - RS
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Os serviços foram prestados

Fabiane Freoder
CPF nº 000.579.650-48
CRESS nº 8225
Assistente Social

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:49

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785155135 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48466-8 |
| Favorecido: | FABIANE FREODER SERVICOS DE ASSISTENCIA SOCIAL LTD |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:24 |
| Valor Transferido (R$): | 9.981,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 88 |
| Autenticação Eletrônica: | 4E43.FF9C.C7C5.F4CC.6313.BF03.78C4.F2C5 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 1061**
Série: 1
S9UC-7UCP-98MS

Data e Hora de Emissão: **24/06/2025 às 09:22:18**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **24/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 152 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FISIOTERAPIA.** | **2,41%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 241,77** | **R$ 10.032,00** |
| | | | **R$ 241,77** | **R$ 10.032,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.032,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 10.032,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 10.032,00** | **R$ 0,00** | **R$ 241,77** |

RPS: 0 / NFS-e (24/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 10.032,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
Valor aproximado de tributos federais 5,12% e municipais 2,41% - Beatriz

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

*Beatriz Chrischon*
*Fisioterapeuta*
*CREFITO 14418-F*
*CPF: 505.187.800-82*

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:02:54

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785164807 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:02:25 |
| Valor Transferido (R$): | 10.032,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1061 |
| Autenticação Eletrônica: | 1E7E.958A.1CAF.2B12.9DEF.D4B4.B4E3.A19F |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 235**

Série: 1

67UC-WLW3-9SCE

Data e Hora de Emissão: **24/06/2025 às 20:17:13**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **24/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTDA** | E-Mail: | **behnen_daniela@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **CLINICA DESENVOLVER - TERAPIA OCUPACIONAL** | Telefone: | **999131237** |
| CPF/CNPJ: | **48.444.318/0001-98** | Inscrição Municipal: | **10766.2022** |
| Bairro: | **SEM INFORMACAO** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 24** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 108 HORAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL REFERENTE AO MÊS DE JUNHO DE 2025** | 3% | EXIGÍVEL | R$ 213,84 | R$ 7.128,00 |
| | | | R$ 213,84 | R$ 7.128,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.128,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 7.128,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 7.128,00 | R$ 0,00 | R$ 213,84 |

RPS: 0 / NFS-e (24/06/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 7.128,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Daniela Behnen**
Terapeuta Ocupacional
CREFITO 5/19294
CPF 033 917 110-35

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 14:06:21

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | MILTON |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785185271 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 68826-0 |
| Favorecido: | DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTD |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:05:59 |
| Valor Transferido (R$): | 7.128,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 235 |
| Autenticação Eletrônica: | 44DA.6290.8202.3426.B7C2.B1D0.5E27.E408 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 141**

Série: 1

QAFS-BV74-C67Z

Data e Hora de Emissão: **25/06/2025 às 07:59:47**
Competência: **6/2025**
Data da Prestação: **25/06/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **carinamirowski@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA** | Telefone: | **55-996043339** |
| CPF/CNPJ: | **48.493.880/0001-01** | Inscrição Municipal: | **10778.2022** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 1031** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.15 - 115 HORAS DE SERVIÇO DE PSICOLOGIA** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 227,70** | **R$ 7.590,00** |
| | | | **R$ 227,70** | **R$ 7.590,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.590,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 7.590,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 7.590,00** | **R$ 0,00** | **R$ 227,70** |

RPS: 0 / NFS-e (25/06/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 7.590,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Carina Mayer Mirowski
Psicóloga
CRP07 - 30854
CPF nº 025.840.280-69

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 25/06/2025 15:43:21

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2785385195 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 47756-4 |
| Favorecido: | CMM SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 25/06/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:42:59 |
| Valor Transferido (R$): | 7.590,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 141 |
| Autenticação Eletrônica: | 2257.A024.87C1.2436.8728.C3AC.8572.F000 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 258**
Série: 1
NPZJ-ZF26-Z3T3

Data e Hora de Emissão: **29/07/2025 às 07:37:22**
Competência: **7/2025**
Data da Prestação: **29/07/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇAO | E-Mail: | jeffersontm@hotmail.com |
| Nome Fantasia: | TOPFISIO | Telefone: | 055 - 35351147 |
| CPF/CNPJ: | 13.959.790/0001-89 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.7881 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | AV SANTA ROSA,718, 794 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - 111 HORAS DE SERVIÇO PRESTADO EM FISIOTERAPIA | 2% | EXIGÍVEL | R$ 146,52 | R$ 7.326,00 |
| | | | R$ 146,52 | R$ 7.326,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.326,00**

**VALOR LÍQUIDO = R$ 7.326,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 7.326,00 | R$ 0,00 | R$ 146,52 |

RPS: 0 / NFS-e (29/07/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 7.326,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Jefferson Kettner Winterfeld
Fisioterapeuta
CREFITO 153.329
CPF 016.094.230-63

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:25

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825937981 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 14438-0 |
| Favorecido: | TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITACAO |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:50 |
| Valor Transferido (R$): | 7.326,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 258 |
| Autenticação Eletrônica: | EF6E.6644.E760.CF0A.4DCC.3B39.1423.6DB2 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1067**

Série: 1

SGKO-IHDB-P6LM

Data e Hora de Emissão: **28/07/2025 às 11:09:08**
Competência: **7/2025**
Data da Prestação: **28/07/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME | E-Mail: | biameller@hotmail.com |
| Nome Fantasia: | EUVITA | Telefone: | 55 - 3535-4112 |
| CPF/CNPJ: | 08.791.548/0001-09 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.7089 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | GUILHERME HIRSCH, 235 |
| Complemento: | CASA | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA CONDIÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL - UNIDADE: 184 HORA | 2,43% | EXIGÍVEL | R$ 295,10 | R$ 12.144,00 |
| | | | R$ 295,10 | R$ 12.144,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.144,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 12.144,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 12.144,00 | R$ 0,00 | R$ 295,10 |

RPS: 0 / NFS-e (28/07/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 12.144,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Valor aproximado dos tributos: 2,43; 5,15.

Leandro

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Leandro Steiger
Assistente Social
CRESS 5075
CPF 773.590.380-49

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:26

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825940374 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:46 |
| Valor Transferido (R$): | 12.144,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1067 |
| Autenticação Eletrônica: | 9706.B953.C9C1.DB50.4F08.3E58.705F.525E |

Confere com o Original

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

Número da Nota: 38
Série: 1
6W9X-BH5X-VPVT

Data e Hora de Emissão: 29/07/2025 às 10:22:52
Competência: 7/2025
Data da Prestação: 29/07/2025
Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Município de Prestação: TRES DE MAIO - RS

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA | E-Mail: | fabieligehm@gmail.com |
| Nome Fantasia: | COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA | Telefone: | 55-984264069 |
| CPF/CNPJ: | 45.687.788/0001-94 | Inscrição Municipal: | 1.115.3.10584 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | AVENIDA SENADOR ALBERTO PASQUALINE, 230 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA - UNIDADE: 114 HORA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 225,72 | R$ 7.524,00 |
| | | | R$ 225,72 | R$ 7.524,00 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.524,00 VALOR LÍQUIDO = R$ 7.524,00

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 7.524,00 | R$ 0,00 | R$ 225,72 |

RPS: 0 / NFS-e (29/07/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 7.524,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares:

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

Outras Informações:

Local de Prestação: 4321808 - TRES DE MAIO - RS
ISSQN Retido: NÃO
Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Fabieli T. B. Gehm
Fonoaudióloga
CRFa-RS 7-9617
CPF nº 022.170.130-33

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:24

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825936425 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50120-6 |
| Favorecido: | COMUNICA CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:52 |
| Valor Transferido (R$): | 7.524,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 38 |
| Autenticação Eletrônica: | 112C.107D.01A3.4D11.C111.05D5.6358.3693 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**35** | Situação<br>**Emitida** | |
|---|---|---|---|
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2807 2511 2233 3305 1420 8702 0250 7739 4527

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **28/07/2025** | **28/07/2025, 11:22** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome Fantasia | | |
|---|---|---|
| APAE | | |
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 8.118,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
123 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de julho 2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 8.118,00 | 0,00 | 0,00 | 8.118,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8.118,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472807251122333305142087020250773945 27

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/08/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.091,87 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$184,28 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.330-41

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:29

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825945476 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:54 |
| Valor Transferido (R$): | 8.118,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 35 |
| Autenticação Eletrônica: | E667.638A.FFAD.46AA.EE05.4761.36DC.C0BD |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

**Número da Nota: 244**
Série: 1
LB9X-7CGC-RKOM

ISSQN

Data e Hora de Emissão: **29/07/2025 às 09:00:35**
Competência: **7/2025**
Data da Prestação: **29/07/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTDA | E-Mail: | behnen_daniela@hotmail.com |
| Nome Fantasia: | CLINICA DESENVOLVER - TERAPIA OCUPACIONAL | Telefone: | 999131237 |
| CPF/CNPJ: | 48.444.318/0001-98 | Inscrição Municipal: | 10766.2022 |
| Bairro: | SEM INFORMACAO | Endereço: | SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 24 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - 147 HORAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL REFERENTE AO MÊS DE JULHO DE 2025 | 3% | EXIGÍVEL | R$ 291,06 | R$ 9.702,00 |
| | | | R$ 291,06 | R$ 9.702,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.702,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.702,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 9.702,00 | R$ 0,00 | R$ 291,06 |

RPS: 0 / NFS-e (29/07/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.702,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: 4321808 - TRES DE MAIO - RS
ISSQN Retido: NÃO
Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Daniela Behnen
Terapeuta Ocupacional
CREFITO 5/19294
CPF 033 917 110-35

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:23

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825933788 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 68826-0 |
| Favorecido: | DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTD |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:43 |
| Valor Transferido (R$): | 9.702,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 244 |
| Autenticação Eletrônica: | 7364.F97C.6080.F101.0EDD.E2D7.58BC.A4F2 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

Número da Nota: 75
Série: 1
KXS1-HTM5-93SQ

Data e Hora de Emissão: **28/07/2025 às 14:56:31**
Competência: **7/2025**
Data da Prestação: **28/07/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | LER E APRENDER MS LTDA-ME | E-Mail: | francomarciane@gmail.com |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | 999280615 |
| CPF/CNPJ: | 40.705.426/0001-65 | Inscrição Municipal: | 11189.2024 |
| Bairro: | 0 | Endereço: | OSVALDO CRUZ), 479 |
| Complemento: | SALA 105 (SOBRELOJA) CONDOMINI | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 08.02 - REFERENTE A 155 HORAS DE ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO. | 3% | EXIGÍVEL | R$ 306,90 | R$ 10.230,00 |
| | | | R$ 306,90 | R$ 10.230,00 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
08.02 - INSTRUÇÃO, TREINAMENTO, ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA E EDUCACIONAL, AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DE QUALQUER NATUREZA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.230,00** **VALOR LIQUIDO = R$ 10.230,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 10.230,00 | R$ 0,00 | R$ 306,90 |

RPS: 0 / NFS-e (28/07/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 10.230,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares:

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

Marciane dos Santos
Neuropsicopedagoga
CPF: 008.155.500-81

Outras Informações:

Local de Prestação: 4321808 - TRES DE MAIO - RS
ISSQN Retido: NÃO
Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/07/2025 15:31:28

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2825943782 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48751-3 |
| Favorecido: | LER E APRENDER MS LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/07/2025 |
| Hora da Transferência: | 15:30:44 |
| Valor Transferido (R$): | 10.230,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 75 |
| Autenticação Eletrônica: | 6748.9FBE.3C85.A153.167B.A036.11E9.F84C |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Número da Nota: 5827**

Série: 1

ISSQN V5SG-CHY7-OQCW

Data e Hora de Emissão: **25/08/2025 às 17:32:51**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **25/08/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOMASI & CIA LTDA - AUDITORES - ME** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **35351147** |
| CPF/CNPJ: | **03.799.928/0001-76** | Inscrição Municipal: | **1.115.3. 6158** |
| Bairro: | | Endereço: | **RUA OSVALDO CRUZ, 381, SALA 07** |
| Complemento: | **SALA 07** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.01 - DR CLOVIS TOMASI - SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICO GERA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 87,91 | R$ 2.930,21 |
| | | | R$ 87,91 | R$ 2.930,21 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 19,05 | R$ 87,91 | R$ 0,00 | R$ 43,95 | R$ 29,30 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.930,21** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.750,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.930,21 | R$ 0,00 | R$ 87,91 |

RPS: 0 / NFS-e (25/08/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.750,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Dr. Clóvis E. R. Tomasi
Médico
CREMERS 10305
CPF 316.652.410-04

Confere com o Original

Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Os serviços foram prestados

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 09:14:43

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860087460 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50302-9 |
| Favorecido: | TOMASI E CIA LTDA AUDITORES |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:13:59 |
| Valor Transferido (R$): | 2.750,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 5827 |
| Autenticação Eletrônica: | 63DF.886D.C0D0.7DEB.7E98.BB7A.64DA.AD68 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota:** 716
Série: 1
L6PB-LS0D-C0J1

Data e Hora de Emissão: **25/08/2025 às 17:31:17**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **25/08/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA | E-Mail: | csv-tm@uol.com.br |
| Nome Fantasia: | CLINICA SAWITZKI | Telefone: | 35351950 |
| CPF/CNPJ: | 48.961.574/0001-52 | Inscrição Municipal: | 10826.2023 |
| Bairro: | SEM INFORMACAO | Endereço: | SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 512 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.01 - DR REINALDO - SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGISTA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |
| | | | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 26,66 | R$ 123,07 | R$ 0,00 | R$ 61,53 | R$ 41,02 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.102,28** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.850,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 4.102,28 | R$ 0,00 | R$ 123,07 |

RPS: 0 / NFS-e (25/08/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.850,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

**Dr. Reinaldo J. Sawitzki**
**Otorrinolaringologista**
**CRM 7225**
**CPF nº: 221.966.100-78**

Confere com o Original
Assinatura

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Os serviços foram prestados**

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 09:14:38

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860084977 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50064-6 |
| Favorecido: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:14:00 |
| Valor Transferido (R$): | 3.850,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 716 |
| Autenticação Eletrônica: | 6AF1.BD15.46EC.3134.E615.378C.2C82.2EF7 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**36** | Situação<br>**Emitida** | |
|---|---|---|---|
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2508 2510 1443 6205 1420 8702 0250 8739 4808

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **25/08/2025** | **25/08/2025, 10:14** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome Fantasia | | |
|---|---|---|
| APAE | | |
| **Nome/Razão Social**<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | **CPF/CNPJ**<br>88.505.821/0001-20 |
| **Endereço**<br>RUA SANTO ANGELO | **Número**<br>1370 | **Complemento**<br>NÃO INFORMADO |
| **Bairro**<br>CENTRO | **CEP**<br>98.910-000 | **Cidade**<br>Três de Maio - RS |
| **País**<br>Brasil - BR - 1058 | **Telefone**<br>Não Informado | **Email**<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 408 | 8939 | 2.17% | TI | 10.560,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
160 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de agosto 2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 10.560,00 | 0,00 | 0,00 | 10.560,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF**<br>0,00 | **IR**<br>0,00 | **INSS**<br>0,00 | **CSLL**<br>0,00 | **COFINS**<br>0,00 |
| **PIS**<br>0,00 | **Outras Retenções**<br>0,00 | **Total Trib. Federais**<br>0,00 | **Desc. Condicional**<br>0,00 | **Valor Líquido**<br>10.560,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472508251014436205142087020250873948 08

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/09/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.420,32 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$239,71 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Chave de Acesso NFS-e Nacional

43172021251420870000150000000000003625080000000006

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.330-41

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 09:14:41

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860086651 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:14:02 |
| Valor Transferido (R$): | 10.560,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 36 |
| Autenticação Eletrônica: | A8D1.0B87.AF6B.4D7B.3948.1964.68D3.78FD |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 1068**

Série: 1

F87Q-QLY4-P2Q7

Data e Hora de Emissão: **25/08/2025 às 10:12:31**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **25/08/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 27.01 - 195 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | 2,43% | EXIGÍVEL | R$ 312,74 | R$ 12.870,00 |
| | | | R$ 312,74 | R$ 12.870,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
27.01 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.870,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 12.870,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 12.870,00 | R$ 0,00 | R$ 312,74 |

RPS: 0 / NFS-e (25/08/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 12.870,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS FEDERAIS 5,17% EMUNICIPAIS 2,43% - LEANDRO

Os serviços foram prestado

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Confere com o Original

Assinatura

Leandro Steiger
Assistente Social
CRESS 5075
CPF 773.590.380-49

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 09:14:35

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860082289 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 09:14:03 |
| Valor Transferido (R$): | 12.870,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 1068 |
| Autenticação Eletrônica: | 3C70.F64F.C771.5E1A.6ECD.2D92.278E.13EA |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 260**

Série: 1

93JH-AHS1-BBTI

Data e Hora de Emissão: **26/08/2025 às 10:21:26**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **26/08/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇAO** | E-Mail: | **jeffersontm@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **TOPFISIO** | Telefone: | **055 - 35351147** |
| CPF/CNPJ: | **13.959.790/0001-89** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7881** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AV SANTA ROSA,718, 794** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 96 HORAS DE SERVIÇO PRESTADO EM FISIOTERAPIA** | **2%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 126,72** | **R$ 6.336,00** |
| | | | **R$ 126,72** | **R$ 6.336,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 6.336,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 6.336,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 6.336,00** | **R$ 0,00** | **R$ 126,72** |

RPS: 0 / NFS-e (26/08/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 6.336,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Jefferson Kettner Winterfeld
Fisioterapeuta
CREFITO 153.329
CPF 016.094.230-62

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 11:22:54

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860332558 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 14438-0 |
| Favorecido: | TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITACAO |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 11:22:22 |
| Valor Transferido (R$): | 6.336,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 260 |
| Autenticação Eletrônica: | 1BC4.57D2.C5D5.8F95.C90D.84E6.6CD4.98BB |

Confere com o Original
assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 84**
Série: 1
U8XF-EXY8-2930

Data e Hora de Emissão: **26/08/2025 às 13:29:23**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **26/08/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **LER E APRENDER MS LTDA-ME** | E-Mail: | **francomarciane@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **999280615** |
| CPF/CNPJ: | **40.705.426/0001-65** | Inscrição Municipal: | **11189.2024** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **OSVALDO CRUZ), 479** |
| Complemento: | **SALA 105 (SOBRELOJA) CONDOMINI** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **08.02 - REFERENTE A 128 HORAS DE ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO.** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 253,44** | **R$ 8.448,00** |
| | | | **R$ 253,44** | **R$ 8.448,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
08.02 - INSTRUÇÃO, TREINAMENTO, ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA E EDUCACIONAL, AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DE QUALQUER NATUREZA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.448,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 8.448,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 8.448,00** | **R$ 0,00** | **R$ 253,44** |

RPS: 0 / NFS-e (26/08/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 8.448,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Marciane dos Santos
Neuropsicopedagoga
CPF 008.155.500-81

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 13:54:31

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860519881 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48751-3 |
| Favorecido: | LER E APRENDER MS LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 13:54:09 |
| Valor Transferido (R$): | 8.448,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 84 |
| Autenticação Eletrônica: | 48F1.6843.F8CF.15B7.8503.4D1A.04E9.FEE2 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 442**

Série: 1

RIDV-IGWJ-YD5H

Data e Hora de Emissão: **26/08/2025 às 13:12:31**
Competência: **8/2025**
Data da Prestação: **26/08/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA-ME** | E-Mail: | **neleichel@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **55 - 3535-1147** |
| CPF/CNPJ: | **09.335.442/0001-63** | Inscrição Municipal: | **1.107.3.7257** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **OSVALDO CRUZ, 479** |
| Complemento: | **SALA 104** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.15 - 36 HORAS DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA | 2,01% | EXIGÍVEL | R$ 47,76 | R$ 2.376,00 |
| | | | R$ 47,76 | R$ 2.376,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.376,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.376,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.376,00 | R$ 0,00 | R$ 47,76 |

RPS: 0 / NFS-e (26/08/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.376,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares:**

Confere com o Original

Assinatura

**PSICÓLOGA NELSI BUGS EICHELBERGER**

**Os serviços foram prestados**

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Nelsi Bugs Eichelberger
Psicóloga
CRP-07/13.772
CPF nº 189.944.070-49

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/08/2025 13:54:33

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2860527977 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 05080-6 |
| Favorecido: | PSIMED SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 26/08/2025 |
| Hora da Transferência: | 13:54:08 |
| Valor Transferido (R$): | 2.376,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NOTA FISCAL 442 |
| Autenticação Eletrônica: | 2FED.EE9F.D2B7.4C02.A2B2.E1D7.630C.FB91 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota:** 162

Série: 1

IWOT-V28S-L06O

Data e Hora de Emissão: **26/09/2025 às 16:30:46**
Competência: **9/2025**
Data da Prestação: **26/09/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **carinamirowski@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **CMM - SERVICOS DE PSICOLOGIA** | Telefone: | **55-996043339** |
| CPF/CNPJ: | **48.493.880/0001-01** | Inscrição Municipal: | **10778.2022** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 1031** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.15 - 146 HORAS DE SERVIÇO DE PSICOLOGIA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 289,08 | R$ 9.636,00 |
| | | | R$ 289,08 | R$ 9.636,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.15 - PSICANÁLISE

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.636,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.636,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 9.636,00 | R$ 0,00 | R$ 289,08 |

RPS: 0 / NFS-e (26/09/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica:** **R$ 9.636,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Carina Mayer Mirowski
Psicóloga
CRP07 - 30854
CPF 025.840.280-69

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original

Assinatura

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/09/2025 07:54:15

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2899553023 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 47756-4 |
| Favorecido: | CMM SERVICOS DE PSICOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 07:53:36 |
| Valor Transferido (R$): | 9.636,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NF 162 |
| Autenticação Eletrônica: | A7A6.53F8.A117.9031.F49C.4256.7B88.682C |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1071**

Série: 1

8F03-ZI6K-TOCH

Data e Hora de Emissão: **26/09/2025 às 13:49:05**
Competência: **9/2025**
Data da Prestação: **26/09/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 180 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FISIOTERAPIA** | **2,44%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 289,87** | **R$ 11.880,00** |
| | | | **R$ 289,87** | **R$ 11.880,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 11.880,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 11.880,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 11.880,00** | **R$ 0,00** | **R$ 289,87** |

RPS: 0 / NFS-e (26/09/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 11.880,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**
Valor aproximado de tributos federais 5,19% e municipais 2,44% - Beatriz.

Beatriz Chrischon
Fisioterapeuta
CREFITO 14418-F
CPF 505.187.800-82

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/09/2025 07:54:14

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2899550635 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 07:53:37 |
| Valor Transferido (R$): | 11.880,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NF 1071 |
| Autenticação Eletrônica: | 094F.4045.392A.F73B.007C.8E01.D033.0538 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>38 | Situação<br>**Emitida** | |
|---|---|---|---|
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

BERÇO NACIONAL DA SOJA

Identificador
8847 2609 2513 4701 8805 1420 8702 0250 9739 5120

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **26/09/2025** | **26/09/2025, 13:47** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome Fantasia | | |
|---|---|---|
| APAE | | |
| **Nome/Razão Social** | | **CPF/CNPJ** |
| ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | 88.505.821/0001-20 |
| **Endereço**<br>RUA SANTO ANGELO | **Número**<br>1370 | **Complemento**<br>NÃO INFORMADO |
| **Bairro**<br>CENTRO | **CEP**<br>98.910-000 | **Cidade**<br>Três de Maio - RS |
| **País**<br>Brasil - BR - 1058 | **Telefone**<br>Não Informado | **Email**<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 12.771,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
193,50 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de setembro 2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 12.771,00 | 0,00 | 0,00 | 12.771,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12.771,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472609251347018805142087020250973951 20

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 21/10/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.717,70 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$289,90 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Chave de Acesso NFS-e Nacional

43172021251420870000150000000000003825090000000000

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.230-41

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/09/2025 07:54:17

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2899555447 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 07:53:38 |
| Valor Transferido (R$): | 12.771,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NF 38 |
| Autenticação Eletrônica: | 3459.30DC.A4EE.26C8.3F04.8B73.7474.CFC1 |

Confere com o Original

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Número da Nota: 774

Série: 1

ISSQN A1IE-WRRN-YUV7

Data e Hora de Emissão: **26/09/2025 às 16:56:00**
Competência: **9/2025**
Data da Prestação: **26/09/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA | E-Mail: | csv-tm@uol.com.br |
| Nome Fantasia: | CLINICA SAWITZKI | Telefone: | 35351950 |
| CPF/CNPJ: | 48.961.574/0001-52 | Inscrição Municipal: | 10826.2023 |
| Bairro: | SEM INFORMACAO | Endereço: | SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 512 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Aliquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.01 - DR REINALDO - SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGISTA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |
| | | | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 26,66 | R$ 123,07 | R$ 0,00 | R$ 61,53 | R$ 41,02 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.102,28** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.850,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 4.102,28 | R$ 0,00 | R$ 123,07 |

RPS: 0 / NFS-e (26/09/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.850,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Dr. Reinaldo J. Sawitzki
Otorrinolaringologista
CRM 7225
CPF nº: 221.986.100-78

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original

Os serviços foram prestados

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/09/2025 07:54:19

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2899556523 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50064-6 |
| Favorecido: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 07:53:35 |
| Valor Transferido (R$): | 3.850,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NF 774 |
| Autenticação Eletrônica: | 6247.C15B.D38A.FBD9.516D.A356.161B.1253 |

Confere com o Origina

Assinatu

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 40**

Série: 1

4K0X-H5DH-UPKA

Data e Hora de Emissão: **26/09/2025 às 15:52:48**
Competência: **9/2025**
Data da Prestação: **26/09/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | E-Mail: | **fabieligehm@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | **COMUNICA - CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA** | Telefone: | **55-984264069** |
| CPF/CNPJ: | **45.687.788/0001-94** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.10584** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AVENIDA SENADOR ALBERTO PASQUALINE, 230** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA. - UNIDADE: 60 HORA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 108,00 | R$ 3.600,00 |
| | | | R$ 108,00 | R$ 3.600,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.600,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 3.600,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 3.600,00 | R$ 0,00 | R$ 108,00 |

RPS: 0 / NFS-e (26/09/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.600,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Fabieli T. B. Gehm
Fonoaudióloga
CRFa-RS 7-9617
CPF 022.170.130-33

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/09/2025 07:54:16

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2899554421 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50120-6 |
| Favorecido: | COMUNICA CLINICA DE FONAUDIOLOGIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 29/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 07:53:35 |
| Valor Transferido (R$): | 3.600,00 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO NF 40 |
| Autenticação Eletrônica: | AA53.BB8F.C16B.570F.1FC6.652B.BC26.161E |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**NATHALIA RODRIGUES LTDA**
Rua SAO BORJA, 73
CEP: 98770-000 - Bairro: CENTRO
Município: Catuípe - RS
E-mail: ep.nathaliarodrigues@outlook.com
Fone: (55) 99144-7952

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 48.692.046/0001-45 | **** | 3039 |

| Número da NFS-e | Data do Serviço | Código Verificador |
|---|---|---|
| 202500000000247 | 23/10/2025 | bd86069b9 |

**MUNICIPIO DE CATUIPE/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (55) 3336-0000 - https://catuipe.govbr.cloud/nfse.portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 23/10/2025 | Exigível | Catuípe/RS |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
Endereço: SANTO ÂNGELO,1370
Cidade: Três de Maio | UF: RS | Fone: (55) 3535-1994 | CEP: 98910-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF / NIF: 88.505.821/0001-20 | Inscrição Municipal: | Inscrição Estadual:
E-mail: *****

**Município de Prestação do Serviço**

Três de Maio/RS

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| 124h de serviço de Terapia Ocupacional | 8.184,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 8.184,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 8.184,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 8.184,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$185,78; Est: R$0,00; Fed: R$1100,75; Total Aprox: R$1286,53. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 23/10/2025 às 15:10:12.
**Para consultar a autenticidade acesse: https://catuipe.govbr.cloud/nfse.portal**

202500000000247bd86069b948692046000145

---

| Recebi(emos) de | Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| NATHALIA RODRIGUES LTDA | 202500000000247 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | Competência 23/10/2025 | Nathália Rodrigues<br>Terapeuta Ocupacional<br>CREFITO 5/23913-TO<br>CPF: 037.290.210-36 |
| ___/___/____ Data — _____ Identificação e assinatura do recebedor | NFS-e bd86069b9 | |

Consulta realizada em 23/10/2025 às 15:10:12.
**Para consultar a autenticidade acesse: https://catuipe.govbr.cloud/nfse.portal**

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:39

## TED Outra Titularidade

Confere com o Original
Assinatura

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932641803 |
| Instituição: | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Cooperativa/Agência: | 3032 |
| Tipo de Conta Destino: | Conta Corrente |
| Conta Destino: | 238724 |
| Favorecido: | NATHALIA RODRIGUES LTDA |
| CPF/CNPJ: | 48.692.046/0001-45 |
| Data Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora Transferência: | 14:09:58 |
| **Valor a Transferir (R$):** | **8.184,00** |
| Finalidade: | Credito Em Conta |
| Motivo Transferência: | NF 202500000000247 |
| Identificador: | |
| Tarifa (R$): | 5,00 |
| Autenticação Eletrônica: | BA3D.601F.0574.E866.9BFC.C280.AEFC.D22B |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 265**

Série: 1

A7CP-VD4Z-2F6T

Data e Hora de Emissão: **23/10/2025 às 16:22:05**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **23/10/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇAO** | E-Mail: | **jeffersontm@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **TOPFISIO** | Telefone: | **055 - 35351147** |
| CPF/CNPJ: | **13.959.790/0001-89** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7881** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **AV SANTA ROSA,718, 794** |
| Complemento: | | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - 102,5 HORAS DE SERVIÇO PRESTADO EM FISIOTERAPIA | 2% | EXIGÍVEL | R$ 135,30 | R$ 6.765,00 |
| | | | R$ 135,30 | R$ 6.765,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 6.765,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 6.765,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 6.765,00 | R$ 0,00 | R$ 135,30 |

RPS: 0 / NFS-e (23/10/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 6.765,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

*Jefferson Kettner Winterfeld*
*Fisioterapeuta*
*CREFITO 153.329*
*CPF 016.094.230-62*

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:41

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932646247 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 14438-0 |
| Favorecido: | TOPFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITACAO |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:10:01 |
| Valor Transferido (R$): | 6.765,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 265 |
| Autenticação Eletrônica: | EC41.1503.9C7D.0EF4.36D0.6EE0.6323.831A |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

| PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA<br>**CNPJ:** 51.420.870/0001-50<br>RUA LIVRAMENTO - 920,<br>CEP: 98.796-282 - Bairro: SULINA<br>Município: SANTA ROSA - RIO GRANDE DO SUL<br>**Insc. Municipal:** 53555 - **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**42** | Situação<br>**Emitida** | |
|---|---|---|---|
| | | Tipo<br>**Preenchido** | |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SANTA ROSA BERÇO NACIONAL DA SOJA

**Identificador**
8847 2310 2513 3513 2705 1420 8702 0251 0739 5404

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **23/10/2025** | **23/10/2025, 13:35** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome Fantasia<br>APAE | | |
|---|---|---|
| Nome/Razão Social<br>ASSOCIACAO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE TRES DE MAIO | | CPF/CNPJ<br>88.505.821/0001-20 |
| Endereço<br>RUA SANTO ANGELO | Número<br>1370 | Complemento<br>NÃO INFORMADO |
| Bairro<br>CENTRO | CEP<br>98.910-000 | Cidade<br>Três de Maio - RS |
| País<br>Brasil - BR - 1058 | Telefone<br>Não Informado | Email<br>Não Informado |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **408** | 8939 | 2.17% | TI | 11.352,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |

**Descrição do Serviço:**
172 horas de servicos de fonoaudiologia referente ao mês de Outubro/2025

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 11.352,00 | 0,00 | 0,00 | 11.352,00 | SIMPLES NACIONAL |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 11.352,00 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8939 - Três de Maio

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente
(408) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 954/2023 de 14/07/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://santarosa.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/88472310251335132705142087020251073954O4

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 21/11/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$1.526,84 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$257,69 (2,27%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Chave de Acesso NFS-e Nacional
43172021251420870000150000000000004225100000000002

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

Pedro Henrique Mello da Silva
Fonoaudiólogo
CRFa 7-10970
CPF n 021.080.330-41

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:37

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932639336 |
| Cooperativa Destino: | 307 |
| Conta Destino: | 77213-1 |
| Favorecido: | PEDRO HENRIQUE MELLO DA SILVA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:10:04 |
| Valor Transferido (R$): | 11.352,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 42 |
| Autenticação Eletrônica: | DA06.FE35.7EE6.99DB.F040.1A50.94FE.110E |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 1075**

Série: 1

58IV-OUE9-0FA2

Data e Hora de Emissão: **23/10/2025 às 16:49:45**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **23/10/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA CONDIÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL - UNIDADE: 184 HORAS** | **2,46%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 298,74** | **R$ 12.144,00** |
| | | | **R$ 298,74** | **R$ 12.144,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.144,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 12.144,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 12.144,00** | **R$ 0,00** | **R$ 298,74** |

RPS: 0 / NFS-e (23/10/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 12.144,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Valor aproximado de tributos municipais 2,46% e federais 5,22%

**LEANDRO**

Leandro Steiger
Assistente Social
CRESS 5075
CPF 773.590.380-49

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:40

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932644191 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:10:05 |
| Valor Transferido (R$): | 12.144,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 1075 |
| Autenticação Eletrônica: | B14C.3169.87E5.74DD.6FF0.63B7.9EA8.6F66 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
· 0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 1074**
Série: 1
WFK2-UQVC-9QY6

Data e Hora de Emissão: **23/10/2025 às 10:56:06**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **23/10/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA - ME** | E-Mail: | **biameller@hotmail.com** |
| Nome Fantasia: | **EUVITA** | Telefone: | **55 - 3535-4112** |
| CPF/CNPJ: | **08.791.548/0001-09** | Inscrição Municipal: | **1.115.3.7089** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **GUILHERME HIRSCH, 235** |
| Complemento: | **CASA** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.08 - 200 HORAS DE SERVIÇOS PRESTADOS DE FISIOTERAPIA.** | **2,46%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 324,72** | **R$ 13.200,00** |
| | | | **R$ 324,72** | **R$ 13.200,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 13.200,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 13.200,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 13.200,00** | **R$ 0,00** | **R$ 324,72** |

RPS: 0 / NFS-e (23/10/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 13.200,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**
Valor aproximado de tributos municipais 2,46% e federais 5,22% - Beatriz.

Beatriz Chrischon
Fisioterapeuta
CREFITO 14418-F
CPF: 505.187.800-82

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Confere com o Original
Assinatura

Os serviços foram prestados

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:36

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932634628 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 58943-8 |
| Favorecido: | EUVITA CLINICA E CONSULTORIA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:10:07 |
| Valor Transferido (R$): | 13.200,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 1074 |
| Autenticação Eletrônica: | 5727.3EA9.6ED9.F3EF.5588.95F0.BCBB.9C39 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

ISSQN

**Número da Nota: 93**

Série: 1

M4MG-C3XO-141C

Data e Hora de Emissão: **23/10/2025 às 11:12:45**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **23/10/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **LER E APRENDER MS LTDA-ME** | E-Mail: | **francomarciane@gmail.com** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **999280615** |
| CPF/CNPJ: | **40.705.426/0001-65** | Inscrição Municipal: | **11189.2024** |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **OSVALDO CRUZ), 479** |
| Complemento: | **SALA 105 (SOBRELOJA) CONDOMINI** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **08.02 - REFERENTE A 160 H DE ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO.** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 316,80** | **R$ 10.560,00** |
| | | | **R$ 316,80** | **R$ 10.560,00** |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**

08.02 - INSTRUÇÃO, TREINAMENTO, ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA E EDUCACIONAL, AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DE QUALQUER NATUREZA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.560,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 10.560,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 10.560,00** | **R$ 0,00** | **R$ 316,80** |

RPS: 0 / NFS-e (23/10/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 10.560,00**

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Marciane dos Santos
Neuropsicopedagoga
CPF: 008.155.500-81

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**

ISSQN Retido: **NÃO**

Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Os serviços foram prestados

Confere com o Original

Assinatura

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:10:35

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932632279 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 48751-3 |
| Favorecido: | LER E APRENDER MS LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:10:02 |
| Valor Transferido (R$): | 10.560,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 93 |
| Autenticação Eletrônica: | 27DC.4F17.E856.7806.7446.EF43.4801.72D2 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 6041**
Série: 1
DL5O-E7UK-S2SA

Data e Hora de Emissão: **24/10/2025 às 11:28:56**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **24/10/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **TOMASI & CIA LTDA - AUDITORES - ME** | E-Mail: | **csv-tm@uol.com.br** |
| Nome Fantasia: | | Telefone: | **35351147** |
| CPF/CNPJ: | **03.799.928/0001-76** | Inscrição Municipal: | **1.115.3. 6158** |
| Bairro: | | Endereço: | **RUA OSVALDO CRUZ, 381, SALA 07** |
| Complemento: | **SALA 07** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | **ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE TRES DE MAIO.** | | |
| Nome Fantasia: | **ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER** | Telefone: | **055 - 35351994** |
| CPF/CNPJ: | **88.505.821/0001-20** | E-Mail: | **tresdemaio@apaers.org.br** |
| Inscrição Municipal: | **1.131.3.0257** | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | **0** | Endereço: | **RUA SANTO ANGELO,1370** |
| Complemento: | **CENTRO** | | |
| Município: | **TRES DE MAIO - RS** | CEP: | **98910000** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| **04.01 - DR CLOVIS TOMASI - SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICO GERAL** | **3%** | **EXIGÍVEL** | **R$ 87,91** | **R$ 2.930,21** |
| | | | **R$ 87,91** | **R$ 2.930,21** |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| **R$ 19,05** | **R$ 87,91** | **R$ 0,00** | **R$ 43,95** | **R$ 29,30** |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.930,21** **VALOR LÍQUIDO = R$ 2.750,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 2.930,21** | **R$ 0,00** | **R$ 87,91** |

RPS: 0 / NFS-e (24/10/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 2.750,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares/Observações:

Confere com o Original

Os serviços foram prestados

Assinatura

Dr. Clóvis E. R. Tomasi
Médico
CREMERS 10305
CPF 316.652.410-04

Outras Informações:

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:23:15

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932660379 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50302-9 |
| Favorecido: | TOMASI E CIA LTDA AUDITORES |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:21:34 |
| Valor Transferido (R$): | 2.750,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 6041 |
| Autenticação Eletrônica: | C91E.8A5B.8D4C.BE82.6AC1.1BED.FE22.B755 |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota:** 272

Série: 1

YYHR-8Q67-1JPX

Data e Hora de Emissão: **24/10/2025 às 11:16:35**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **24/10/2025**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTDA | E-Mail: | behnen_daniela@hotmail.com |
| Nome Fantasia: | CLINICA DESENVOLVER - TERAPIA OCUPACIONAL | Telefone: | 999131237 |
| CPF/CNPJ: | 48.444.318/0001-98 | Inscrição Municipal: | 10766.2022 |
| Bairro: | SEM INFORMACAO | Endereço: | SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 24 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Alíquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.08 - 144 HORAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO DE 2025 | 3% | EXIGÍVEL | R$ 285,12 | R$ 9.504,00 |
| | | | R$ 285,12 | R$ 9.504,00 |

**Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:**
04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 9.504,00** **VALOR LÍQUIDO = R$ 9.504,00**

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 9.504,00 | R$ 0,00 | R$ 285,12 |

RPS: 0 / NFS-e (24/10/2025)

## Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 9.504,00

**Outras Retenções:**

**Informações Complementares/Observações:**

Confere com o Original

Assinatura

Os serviços foram prestados

**Outras Informações:**

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

**Daniela Behnen**
Terapeuta Ocupacional
CREFITO 5/19294
CPF 033 917 110-35

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:23:18

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932663848 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 68826-0 |
| Favorecido: | DANIELA BEHNEN SERVICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL LTD |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:21:33 |
| Valor Transferido (R$): | 1.340,85 |
| Motivo da Transferência: | PAGAMENTO PARCIAL NOTA FISCAL 272 |
| Autenticação Eletrônica: | 4C16.ED03.247C.713A.8FF7.063B.3F38.3D2F |

Confere com o Original

Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

# Prefeitura Municipal de Três de Maio - RS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

ISSQN

**Número da Nota: 824**
Série: 1
8RZD-33RI-58IQ

Data e Hora de Emissão: **24/10/2025 às 11:37:46**
Competência: **10/2025**
Data da Prestação: **24/10/2025**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**
Município de Prestação: **TRES DE MAIO - RS**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA | E-Mail: | csv-tm@uol.com.br |
| Nome Fantasia: | CLINICA SAWITZKI | Telefone: | 35351950 |
| CPF/CNPJ: | 48.961.574/0001-52 | Inscrição Municipal: | 10826.2023 |
| Bairro: | SEM INFORMACAO | Endereço: | SEM INFORMAÇÃO (NOVO), 512 |
| Complemento: | | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome/Razão Social: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE TRES DE MAIO. | | |
| Nome Fantasia: | ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL HELEN KELLER | Telefone: | 055 - 35351994 |
| CPF/CNPJ: | 88.505.821/0001-20 | E-Mail: | tresdemaio@apaers.org.br |
| Inscrição Municipal: | 1.131.3.0257 | Inscrição Estadual: | |
| Bairro: | 0 | Endereço: | RUA SANTO ANGELO,1370 |
| Complemento: | CENTRO | | |
| Município: | TRES DE MAIO - RS | CEP: | 98910000 |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Aliquota | Exigibilidade | Valor ISS | Valor Tributado |
|---|---|---|---|---|
| 04.01 - DR REINALDO - SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGISTA | 3% | EXIGÍVEL | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |
| | | | R$ 123,07 | R$ 4.102,28 |

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:
04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
|---|---|---|---|---|
| R$ 26,66 | R$ 123,07 | R$ 0,00 | R$ 61,53 | R$ 41,02 |

**VALOR TOTAL DA NOTA** = R$ 4.102,28 **VALOR LÍQUIDO** = R$ 3.850,00

| Desconto Condicionado: | Desconto Incondicionado: | Valor Total das Deduções: | Base de Cálculo: | Valor Retido na Fonte: | Valor do ISS: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 4.102,28 | R$ 0,00 | R$ 123,07 |

RPS: 0 / NFS-e (24/10/2025)

**Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica: R$ 3.850,00**

Outras Retenções:

Informações Complementares/Observações:

Confere com o Original

Assinatura

Outras Informações:

Local de Prestação: **4321808 - TRES DE MAIO - RS**
ISSQN Retido: **NÃO**
Regime de Tributação: **REGIME NORMAL**

**Dr. Reinaldo J. Sawitzki**
Otorrinolaringologista
CRM 7225
CPF nº: 221.986.100-78

Os serviços foram prestados

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: https://iss.abase.com.br

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:23:17

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | PAULO |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 96299-6 |
| Número de Controle: | 2932662093 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 50064-6 |
| Favorecido: | SAWITZKI CLINICA MEDICA LTDA |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 24/10/2025 |
| Hora da Transferência: | 14:21:35 |
| Valor Transferido (R$): | 3.850,00 |
| Motivo da Transferência: | NOTA FISCAL 824 |
| Autenticação Eletrônica: | AC6A.B3A1.6553.1720.B5CD.D256.F60A.7585 |

Confere com o Original
Assinatura

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 29/04/2025 10:29:18

## Extrato

Dados referentes ao período 01/04/2025 a 29/04/2025.

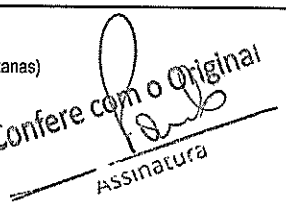
| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 01/04/2025 | TED 19295620000123 FUNDO MUNICIPAL DOS DIREITOS | 545749 | 358.082,33 | 358.082,33 |
| 01/04/2025 | APLICACAO FINANCEIRA | CAPTACAO | -358.082,33 | 0,00 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI00420 | -4.356,00 | -4.356,00 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 45687788000194 COMUNICA CLIN | SI00439 | -5.148,00 | -9.504,00 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 41255966000157 FABIANE FREOD | SI00444 | -7.122,00 | -16.626,00 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00453 | -8.942,06 | -25.568,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48493880000101 CMM SERVICOS | SI00465 | -9.174,00 | -34.742,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 47271352000145 ALINE WAZLAWI | SI00476 | -9.438,00 | -44.180,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00484 | -11.286,00 | -55.466,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00624 | -1.056,00 | -56.522,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48961574000152 SAWITZKI CLIN | SI01912 | -3.850,00 | -60.372,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48692046000145 NATHALIA RODR | SI01928 | -7.854,00 | -68.226,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 42881554000195 IASMIM KASPRC | SI01945 | -6.105,00 | -74.331,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 03799928000176 TOMASI E CIA | SI01933 | -2.750,00 | -77.081,06 |
| 28/04/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 18002960000156 FABIOLA MEINE | SI01972 | -6.006,00 | -83.087,06 |

## Saldo da Conta

Valores atualizados em 29/04/2025

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** (disponível em conta) | **-R$ 83.087,06** |
| Saldo bloqueado | R$ 0,00 |
| Lançamentos a conferir | R$ 0,00 |
| Saldo de investimentos com resgate automático | R$ 359.748,80 |
| Limite cheque especial | R$ 0,00 |
| Limite disponível do cheque especial | R$ 0,00 |
| Taxa de juros mensal do cheque especial | 0.00 % |
| Taxa de inadimplência do cheque especial | 1.00 % |
| Vencimento do cheque especial | |
| Custo Efetivo Total (CET) - Anual | 0.00 % |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519



Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 27/05/2025 15:34:17

## Extrato

Dados referentes ao periodo 01/05/2025 a 27/05/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 03799928000176 TOMASI E CIA | SI01729 | -2.750,00 | -2.750,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48961574000152 SAWITZKI CLIN | SI01735 | -3.850,00 | -6.600,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 18002960000156 FABIOLA MEINE | SI01740 | -5.412,00 | -12.012,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI01750 | -9.801,00 | -21.813,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI01778 | -12.144,00 | -33.957,00 |
| 26/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI02082 | -10.758,00 | -44.715,00 |
| 27/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 02217013033 FABIELI THAIS BA | SI01516 | -5.478,00 | -50.193,00 |
| 27/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 09335442000163 PSIMED SERVIC | SI01506 | -2.112,00 | -52.305,00 |
| 27/05/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 47271352000145 ALINE WAZLAWI | SI01525 | -9.702,00 | -62.007,00 |

## Saldo da Conta

Valores atualizados em 27/05/2025

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** (disponível em conta) | **-R$ 62.007,00** |
| Saldo bloqueado | R$ 0,00 |
| Lançamentos a conferir | R$ 0,00 |
| Saldo de investimentos com resgate automático | R$ 278.131,26 |
| Limite cheque especial | R$ 0,00 |
| Limite disponível do cheque especial | R$ 0,00 |
| Taxa de juros mensal do cheque especial | 0.00 % |
| Taxa de inadimplência do cheque especial | 1.00 % |
| Vencimento do cheque especial | |
| Custo Efetivo Total (CET) - Anual | 0.00 % |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 26/06/2025 10:52:44

## Extrato

Dados referentes ao período 01/06/2025 a 26/06/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 09335442000163 PSIMED SERVIC | SI01303 | -1.056,00 | -1.056,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI01385 | -10.560,00 | -11.616,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 13959790000189 TOPFISIO CLIN | SI01313 | -3.432,00 | -15.048,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 45687788000194 COMUNICA CLIN | SI01322 | -4.752,00 | -19.800,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48692046000145 NATHALIA RODR | SI01339 | -6.072,00 | -25.872,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 42881554000195 IASMIM KASPRC | SI01349 | -8.580,00 | -34.452,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 47271352000145 ALINE WAZLAWI | SI01358 | -9.240,00 | -43.692,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 41255966000157 FABIANE FREOD | SI01360 | -9.981,00 | -53.673,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI01376 | -10.032,00 | -63.705,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48444318000198 DANIELA BEHNE | SI01439 | -7.128,00 | -70.833,00 |
| 25/06/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48493880000101 CMM SERVICOS | SI01633 | -7.590,00 | -78.423,00 |

## Saldo da Conta

Valores atualizados em 26/06/2025

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** (disponível em conta) | **-R$ 78.423,00** |
| Saldo bloqueado | R$ 0,00 |
| Lançamentos a conferir | R$ 0,00 |
| Saldo de investimentos com resgate automático | R$ 217.416,42 |
| Limite cheque especial | R$ 0,00 |
| Limite disponível do cheque especial | R$ 0,00 |
| Taxa de juros mensal do cheque especial | 0.00 % |
| Taxa de inadimplência do cheque especial | 1.00 % |
| Vencimento do cheque especial | |
| Custo Efetivo Total (CET) - Anual | 0.00 % |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original

Assinatura

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 04/08/2025 16:58:40

## Extrato

Dados referentes ao período 01/07/2025 a 31/07/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 13959790000189 TOPFISIO CLIN | SI01368 | -7.326,00 | -7.326,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI01359 | -12.144,00 | -19.470,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 45687788000194 COMUNICA CLIN | SI01377 | -7.524,00 | -26.994,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI01386 | -8.118,00 | -35.112,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48444318000198 DANIELA BEHNE | SI01331 | -9.702,00 | -44.814,00 |
| 29/07/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 40705426000165 LER E APRENDE | SI01349 | -10.230,00 | -55.044,00 |
| 29/07/2025 | RESGATE APLIC. FINANCEIRA | CAPTACAO | 55.044,00 | 0,00 |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original
Assinatura

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 28/08/2025 09:49:03

## Extrato

Dados referentes ao periodo 01/08/2025 a 28/08/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 03799928000176 TOMASI E CIA | SI00261 | -2.750,00 | -2.750,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48961574000152 SAWITZKI CLIN | SI00277 | -3.850,00 | -6.600,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI00282 | -10.560,00 | -17.160,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00292 | -12.870,00 | -30.030,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 13959790000189 TOPFISIO CLIN | SI00835 | -6.336,00 | -36.366,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 40705426000165 LER E APRENDE | SI01167 | -8.448,00 | -44.814,00 |
| 26/08/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 09335442000163 PSIMED SERVIC | SI01157 | -2.376,00 | -47.190,00 |
| 26/08/2025 | RESGATE APLIC. FINANCEIRA | CAPTACAO | 47.190,00 | 0,00 |

## Saldo da Conta

Valores atualizados em 28/08/2025

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** (disponível em conta) | **R$ 0,00** |
| Saldo bloqueado | R$ 0,00 |
| Lançamentos a conferir | R$ 0,00 |
| Saldo de investimentos com resgate automático | R$ 38.217,99 |
| Limite cheque especial | R$ 0,00 |
| Limite disponível do cheque especial | R$ 0,00 |
| Taxa de juros mensal do cheque especial | 0.00 % |
| Taxa de inadimplência do cheque especial | 1.00 % |
| Vencimento do cheque especial | |
| Custo Efetivo Total (CET) - Anual | 0.00 % |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original

Assinatura

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 01/10/2025 16:21:18

## Extrato

Dados referentes ao período 01/09/2025 a 30/09/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 15/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 88505821000120 ASSOCIACAO DE | SI00597 | 73.023,38 | 73.023,38 |
| 15/09/2025 | APLICACAO FINANCEIRA | CAPTACAO | -73.022,38 | 1,00 |
| 29/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48493880000101 CMM SERVICOS | SI00115 | -9.636,00 | -9.635,00 |
| 29/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00123 | -11.880,00 | -21.515,00 |
| 29/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI00132 | -12.771,00 | -34.286,00 |
| 29/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48961574000152 SAWITZKI CLIN | SI00108 | -3.850,00 | -38.136,00 |
| 29/09/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 45687788000194 COMUNICA CLIN | SI00101 | -3.600,00 | -41.736,00 |
| 29/09/2025 | RESGATE APLIC. FINANCEIRA | CAPTACAO | 38.470,78 | -3.265,22 |
| 29/09/2025 | RESGATE APLIC. FINANCEIRA | CAPTACAO | 3.265,22 | 0,00 |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original
Assinatura

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 24/10/2025 14:25:09

## Extrato

Dados referentes ao período 01/10/2025 a 24/10/2025.

| Data | Descrição | Documento | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|---|
| | SALDO | | | 0,00 |
| 17/10/2025 | RESGATE APLIC. FINANCEIRA | CAPTACAO | 70.145,85 | 70.145,85 |
| 24/10/2025 | DEBITO TED/IB 48692046000145 NATHALIA RODRIGUES | I00123 | -8.184,00 | 61.961,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 13959790000189 TOPFISIO CLIN | SI00738 | -6.765,00 | 55.196,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 51420870000150 PEDRO HENRIQU | SI00755 | -11.352,00 | 43.844,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00765 | -12.144,00 | 31.700,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 08791548000109 EUVITA CLINIC | SI00773 | -13.200,00 | 18.500,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 40705426000165 LER E APRENDE | SI00746 | -10.560,00 | 7.940,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 03799928000176 TOMASI E CIA | SI00814 | -2.750,00 | 5.190,85 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48444318000198 DANIELA BEHNE | SI00802 | -1.340,85 | 3.850,00 |
| 24/10/2025 | TRANSF ENTRE CONTAS 48961574000152 SAWITZKI CLIN | SI00820 | -3.850,00 | 0,00 |

## Saldo da Conta

Valores atualizados em 24/10/2025

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** (disponível em conta) | **R$ 0,00** |
| Saldo bloqueado | R$ 0,00 |
| Lançamentos a conferir | R$ 0,00 |
| Saldo de investimentos com resgate automático | R$ 0,00 |
| Limite cheque especial | R$ 0,00 |
| Limite disponível do cheque especial | R$ 0,00 |
| Taxa de juros mensal do cheque especial | 0.00 % |
| Taxa de inadimplência do cheque especial | 1.00 % |
| Vencimento do cheque especial | |
| Custo Efetivo Total (CET) - Anual | 0.00 % |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original

Assinatura

Sicredi

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 96299-6 **Impresso em** 12/11/2025 17:07:45

## Extrato de Aplicação - Depósito a Prazo - Simplificado - Consolidado

**Período de Consulta:** 04/2025 **a** 2025

**Produto:** SICREDINVEST AUTOMATICO

**Indexador:** CDI

**Tributação:** Nao Incide IRRF ou IOF

## Movimentação

| Data | Histórico | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 31/03/2025 | Saldo Anterior | 0,00 |
| 01/04/2025 | Aplicacoes | 358.082,33 |
| 28/04/2025 | Resgates | 83.087,06 |
| 28/04/2025 | Rendimentos | 384,88 |
| 26/05/2025 | Resgates | 44.715,00 |
| 26/05/2025 | Rendimentos | 442,29 |
| 27/05/2025 | Resgates | 17.292,00 |
| 27/05/2025 | Rendimentos | 175,87 |
| 25/06/2025 | Resgates | 78.423,00 |
| 25/06/2025 | Rendimentos | 1.235,45 |
| 29/07/2025 | Resgates | 55.044,00 |
| 29/07/2025 | Rendimentos | 1.238,56 |
| 26/08/2025 | Resgates | 47.190,00 |
| 26/08/2025 | Rendimentos | 1.325,52 |
| 15/09/2025 | Aplicacoes | 73.022,38 |
| 29/09/2025 | Resgates | 41.736,00 |
| 29/09/2025 | Rendimentos | 1.344,34 |
| 17/10/2025 | Resgates | 70.145,85 |
| 17/10/2025 | Rendimentos | 381,29 |
| **12/11/2025** | **Saldo Atual** | **0,00** |

## Posição para Saque

| Posição em 12/11/2025 | Valor (R$) |
|---|---|
| Saldo Atual | 0,00 |

Confere com o Original

Assinatura

| | |
|---|---|
| Rendimentos Provisionados | 0,00 |
| Saldo Bruto | 0,00 |
| Provisão IRRF | 0,00 |
| Provisão IOF | 0,00 |
| **Líquido para Saque** | **0,00** |

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Confere com o Original

Assinatura

**Associado:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRES DE MAIO APAE
**Cooperativa:** 0306 **Conta Corrente:** 53517-6 **Impresso em** 15/09/2025 08:46:36

## Transferência entre Contas do Sicredi

| | |
|---|---|
| Solicitante: | MILTON |
| Cooperativa Origem: | 0306 |
| Conta Origem: | 53517-6 |
| Número de Controle: | 2884016634 |
| Cooperativa Destino: | 306 |
| Conta Destino: | 96299-6 |
| Favorecido: | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS DE TRE |
| Origem dos Recursos: | Conta Corrente |
| Data da Transferência: | 15/09/2025 |
| Hora da Transferência: | 08:46:21 |
| Valor Transferido (R$): | 73.023,38 |
| Motivo da Transferência: | TRANSF DA PREFEITURA PARA CONTA INCORRET |
| Autenticação Eletrônica: | D764.7F0B.9084.0EBE.B956.B760.BF73.C154 |

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Confere com o Original

Assinatura

## JUSTIFICATIVA

Considerando o Plano de Trabalho referente ao Termo de Fomento nº 06/2025 e 1º Termo Aditivo ao Termo de Fomento nº 06/2025, celebrado entre si pelo Município de Três de Maio/RS e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, faz-se necessário justificar que: o crédito realizado pelo Município de Três de Maio/RS na conta 53.517-6, agência 0306, Sicredi, no valor de R 73.023,38 foi realizado incorretamente, pois a conta correta para o crédito é a 96.299-6 agência 0306, Sicredi, sendo assim justificamos a transferência em anexo ocorrida no dia 15/09/2026 pela Apae para a conta correta conforme Plano de Trabalho.

Esperamos ter justificado os fatos ocorridos, estamos a disposição para maiores informações.

Três de Maio, Outubro de 2025

Paulo Bender de Camargo
Presidente

# RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO

Nomeada para proceder a competente fiscalização da correta implementação do TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025 E 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025, entre o Município de Três de Maio e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE.

Acompanhei os trabalhos e atividades desenvolvidas pela entidade, conforme o plano de trabalho e os recursos foram devidamente utilizados no pagamento de prestadores de serviço com Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional. Médico Clínico Geral, Médico Otorrinolaringologista e Psicopedagoga.

Conclui-se, portanto, que foi integral e adequadamente cumprido o plano de trabalho, sendo APROVADA a prestação de contas.

Três de Maio, 31 de dezembro de 2025

Débora Alles Hoff

DEBORA ALLES HOFF

# PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

Após apreciação da Prestação de Contas dos recursos recebidos pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, conforme Termo de Fomento 06/2025, no valor de R$ 431.105,71 (Quatrocentos e trinta e um mil, cento e cinco reais e setenta e um centavos), conclui-se que a aplicação dos recursos ocorreu conforme os objetivos e metas previstas no Plano de Trabalho apresentado e os documentos comprobatórios das receitas e despesas estão de acordo.

Desta forma, emitimos parecer favorável à aprovação da Prestação de Contas.

Três de Maio, 30 de março de 2026.

MARCOS VINICIUS BENEDETTI CORSO:01773406060

Assinado digitalmente por MARCOS VINICIUS BENEDETTI CORSO:01773406060
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=20085105000106, OU=presencial, CN=MARCOS VINICIUS BENEDETTI CORSO:01773406060
Razão: Eu estou aprovando este documento
Localização:
Data: 2026.03.30 11:27:32-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.2.2

Marcos Vinícius Benedetti Corso

Prefeito Municipal

JULIANA ANDREIA WEBER ROSSETTO:00208039074

Assinado digitalmente por JULIANA ANDREIA WEBER ROSSETTO:00208039074
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM BRANCO), OU=20085105000106, OU=presencial, CN=JULIANA ANDREIA WEBER ROSSETTO:00208039074
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2026.03.30 11:08:50-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.2.0

Juliana Andréia Weber Rossetto

Contadora