

DATA DE RECEBIMENTO	NOME DO RECEBEDOR (por extenso)	NUM DO RG	ASSINATURA (idêntica ao RG)
---------------------	---------------------------------	-----------	-----------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE				
NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
EDIFÍCIO ESTILO SAUDE			14.409.994/0001-09	13/08/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
RUA DR JOSE OSORIO DE OLIVEIRA AZEVEDO, 35 - A 43	JABAQUARA		04302-040	13/08/2021
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO PAULO	SP	(11) 2275-1000		11:38:44

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA (0) Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 31	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: IMP. RECOLHIDO P/SUBSTITUICAO-ART.313Q/313S/313Y/313Z17-DECR.45490/2000 RICMS Vendedor: 120-EDILEUZA Orcamento Nr: 331355 PAF-ECF MD-5: 50a9e90c6ae793535e0ecd1068b9489 Inf. fisco: PIS R\$ 2,03 COFINS R\$ 9,43	RESERVADO AO FISCO