

ANEXO - 27  
(Art. 549)  
DESPACHO DE TRANSPORTE - MODELO 17

NOME DO EMITENTE		<b>DESPACHO DE TRANSPORTE</b>		
ENDEREÇO		Nº Série/Subsérie Via		
CGC	INSC. ESTADUAL			
CONHECIMENTO ORIGINAL Nº		LOCAL E DATA:		
NÚMERO DE CARGAS DESMEMBRADAS		MODALIDADE DO TRANSPORTE:		
PROCEDÊNCIA:				
DESTINO:				
REMETENTE:				
ENDEREÇO:				
DESTINATÁRIO:				
ENDEREÇO:				
Nº NOTA FISCAL	VALOR DA MERCADORIA	ESPÉCIE MERCADORIA	VOLUMES	PESO
<b>DADOS DO TRANSPORTADOR</b>				
PROPRIETÁRIO:		CGC/CPF:		
ENDEREÇO:		CIDADE:		
MOTORISTA:		CPF:		
ENDEREÇO:		CIDADE:		
CART. DE HABILITAÇÃO Nº		DE	DATA:	
INSS DO PROPRIET. Nº		CERT.PROPRIEDADE		DATA:
PLACA	DE	MARCA	COR	FONE:
VALOR DO SERVIÇO .....		R\$ _____	<b>RECEBI O VALOR DO SERVIÇO DE TRANSPORTE CONFORME DISCRIMINAÇÃO:</b>  LOCAL: DATA: ____/____/____  ASSINATURA:	
REEMBOLSO IAPAS .....		R\$ _____		
IRF .....		R\$ _____		
ICMS RETIDO.....		R\$ _____		
LÍQUIDO A PAGAR .....		R\$ _____		
Nome, endereço e inscrições estadual e no CGC do impressor; o número da AIDF, a data e a quantidade de impressão; o número de ordem do 1º e do último documento impresso e a sua série e subsérie.				