

<input type="checkbox"/> MERCADORIA AVARIADA <input type="checkbox"/> RECUSA DA MERCADORIA <input type="checkbox"/> ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO <input type="checkbox"/> CLIENTE MUDOU-SE <input type="checkbox"/> CLIENTE AUSENTE <input type="checkbox"/> ENTREGA REALIZADA COM SUCESSO		5324030538882400036657002000000731006678360 Chave de acesso para consulta de autenticidade no site  CONTROLE DO FISCO		Assinatura Data: 22 MAR 2024 Hora:	
OBSERVAÇÕES:		NOME:		DATA: 22 MAR 2024 HORA:	
SÉRIE 2 NÚMERO 73 DATA E HORA DE EMISSÃO 21/03/2024 12:42:44		DADOS DO RECEBEDOR RG:		CHEGADA NO CLIENTE	

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

EMISSOR : MEP TRANSPORTES LTDA

Usuario emissor: GABRIEL GRACILIANO N 667836

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-e		RESERVADO AO FISCO	
----------------------------------	--	--------------------	--

ENTRADA DA EMPRESA	CIOT	LOTAÇÃO	DATA PREVISTA DA ENTREGA	00000000
--------------------	------	---------	--------------------------	----------

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO MODAL RODOVIÁRIO - CARGA FRACTIONADA		ESSE CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ATENDE A LEGISLAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO EM VIGOR	
---	--	---	--

TP. DOC	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	No DOCUMENTO	TP. DOC	CNPJ/CPF EMITENTE	SÉRIE	No DOCUMENTO
---------	-------------------	-------	--------------	---------	-------------------	-------	--------------

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		90 - ICMS devido a UF de origem da prestação, quando diferente da UF do emitente	
---------------------	--	--	--

Nome	Valor	Nome	Valor	Nome	Valor
FRETE PESO	350,00	ICMS	28,92	VALOR TOTAL DO SERVIÇO	413,11
GRTS	34,19	VALOR A RECEBER	413,11		

PESO BRUTO (kg)	40,00	PESO AFERIDO (kg)	40,00	QTD VOLUMES (Unid)	2
-----------------	-------	-------------------	-------	--------------------	---

PRODUTO PREDOMINANTE	OUTRAS CARACTS. CARGA	VL. TOTAL DA MERCADORIA
----------------------	-----------------------	-------------------------

REMETENTE	BEEP SERVICOS MEDICOS LTDA	DESTINATÁRIO	BEEP SERVICOS MEDICOS LTDA
-----------	----------------------------	--------------	----------------------------

EXPEDIDOR	RECEBEDOR
-----------	-----------

REMETENTE	AVENIDA MARCEHAL RONDON - SALA 610 A 618, 700, JARDIM CAMPINAS	DESTINATÁRIO	QUADRA SAU/5 QUADRA 04 SALAS 1315,1316 E, 0, ASA SUL
-----------	--	--------------	--

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	SP	DESTINO DA PRESTAÇÃO	BRASILIA
---------------------	----	----------------------	----------

CFOP, NATUREZA DA PRESTAÇÃO	6932	PREST. SERV. TRANSP. INICIADA EM UNID. DA FEDE
-----------------------------	------	--

TIPO DO CT-E	Normal	TIPO DO SERVIÇO	Normal
--------------	--------	-----------------	--------

TIPO DO SERVIÇO	Normal	FORMA DE PAGAMENTO	Normal
-----------------	--------	--------------------	--------

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	353240011324282 21/03/20 12:42:46	INSC. SUPRAMA DO DESTINATÁRIO
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------



MODELO	SÉRIE	NÚMERO	DATA E HORA DE EMISSÃO	No PROTOCOLO
57	2	73	21/03/2024 12:42:44	353240011324282

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	353240011324282 21/03/20 12:42:46	INSC. SUPRAMA DO DESTINATÁRIO
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

