

Modelo instituído pelo Ajuste [01/89](#)

DESPACHO DE TRANSPORTE – MODELO 17

MODELO 17

Nome do Emitente: Endereço: CGC/MF:	Insc. Estadual:	Nº	Série	Via
---	-----------------	----	-------	-----

CONHECIMENTO ORIGINAL Nº.		Data:		
Número de Cargas Desmembradas:		Modalidade do Transporte:		
Procedência:				
Destino:				
Remetente:				
Endereço:				
Destinatário:				
Endereço:				
Nº NOTA FISCAL	VALOR DA MERCADORIA	ESPÉCIE MERCADORIA	VOLUMES	PESO

DADOS DO TRANSPORTADOR				
Proprietário:		CGC/CPF:		
Endereço:		Cidade:		
Motorista:		CPF:		
Endereço:		Cidade:		
Cart. de Habilitação Nº:		de	Data:	
INSS do propriet. Nº:		Reg. no DNER Nº	Data:	
Placa:	de	Marca	Cor	Fone:

Valor do Serviço	NCz\$	_____	RECEBI O VALOR DO SERVIÇO DE TRANSPORTE CONFORME DISCRIMINAÇÃO Local: Data ____ / ____ / ____ Assinatura:
Reembolso INSS.....	NCz\$	_____	
IRF.....	NCz\$	_____	
ICMS Retido.....	NCz\$	_____	
Líquido a Pagar.....	NCz\$	_____	

Nome, endereço, insc. estadual e nºCGC da empresa impressora; nº e data da AIDF; nºs de Ordem 1ª. e última impressão; mês/ano impressão.