

					Pedido Nr. :				
Representante:					Cel. Repres.:			Data :	
RAZÃO SOCIAL:					Contato:				
CNPJ:					Inscrição Estadual:				
Endereço:					Bairro:				
Cidade:					Estado:		CEP:		
Email:					Telefones:				
Frete:					Condição de Pgmtto.:				
Transportadora:					Fone transportadora:				
Local de entrega:					Observação:				

Item	Referência	Descrição do Produto	caixa mãe	unidade: pçs/dz/cx	Quantid.	preço	Total	Qtd. Vol
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

NÃO TEM VALOR FISCAL

As mercadorias viajam por conta e risco do(s) comprador(es)

TOTAL PRODUTOS :		R\$
Desconto		R\$
SUB. TOTAL :		R\$
IMPOSTO ST +		R\$
IMPOSTO FCP +		R\$
TOTAL A PAGAR :		R\$