


ANEXO I – NOTA FISCAL DE PRODUTOR

	Estado de Mato Grosso Secretaria de Fazenda	NOTA FISCAL DE PRODUTOR	Nº 000000 1ª Via - Destinatário
--	--	-------------------------	---------------------------------------

ÓRGÃO EMISSOR					
UNIDADE EMITENTE			DATA EMISSÃO	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
MUNICÍPIO UNIDADE EMITENTE		NATUREZA DA OPERAÇÃO			
MUNICÍPIO ORIGEM DO PRODUTO		CFOP			

REMETENTE					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	

DESTINATARIO					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	


PRODUTO						
CÓDIGO/DESCRIÇÃO		UNID MED	CST	QTDE	VALOR UNIT (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
						VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL (R\$)

CÁLCULO/APURAÇÃO DO ICMS					
BASE CÁLCULO ICMS (R\$)	ALÍQ ICMS (%)	VALOR ICMS (R\$)	CRÉDITO ICMS (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER (R\$)	
VALOR DO FRETE (R\$)	VALOR DESP ACESS (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)	VALOR DESPACHO/PEDÁGIO (R\$)	VALOR DA PRESTAÇÃO (R\$)	
BASE CÁLCULO ICMS FRETE (R\$)	ALÍQ ICMS FRETE (%)	VALOR ICMS FRETE (R\$)	CREDITO ICMS FRETE (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER FRETE (R\$)	
DAR/PRODUTO - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA			DAR/FRETE - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA FRETE		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	
PLACA	UF REGT	MARCA/MODELO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
QUANTIDADE	ESPÉCIE		MARCA	NUMERAÇÃO	SITC PAGTO FRETE

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
NÚMERO CERTIFICADO VACINA	RESERVADO AO FISCO

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO	DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM OS DADOS APOSTOS NESTE DOCUMENTO FISCAL	COMPROVANTE NFPA-e
_____ NOME/MATRÍCULA/ASSINATURA	_____ ASSINATURA DO REMETENTE	

	Estado de Mato Grosso Secretaria de Fazenda	NOTA FISCAL DE PRODUTOR	Nº 000000 2ª Via – Emitente/Arquivo
--	--	-------------------------	---

ÓRGÃO EMISSOR					
UNIDADE EMITENTE			DATA EMISSÃO	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
MUNICÍPIO UNIDADE EMITENTE		NATUREZA DA OPERAÇÃO			
MUNICÍPIO ORIGEM DO PRODUTO		CFOP			

REMETENTE					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	
DESTINATARIO					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	


PRODUTO						
CÓDIGO/DESCRIÇÃO		UNID MED	CST	QTDE	VALOR UNIT (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
					VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL (R\$)	

CÁLCULO/APURAÇÃO DO ICMS					
BASE CÁLCULO ICMS (R\$)	ALÍQ ICMS (%)	VALOR ICMS (R\$)	CRÉDITO ICMS (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER (R\$)	
VALOR DO FRETE (R\$)	VALOR DESP ACESS (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)	VALOR DESPACHO/PEDÁGIO (R\$)	VALOR DA PRESTAÇÃO (R\$)	
BASE CÁLCULO ICMS FRETE (R\$)	ALÍQ ICMS FRETE (%)	VALOR ICMS FRETE (R\$)	CREDITO ICMS FRETE (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER FRETE (R\$)	
DAR/PRODUTO - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA			DAR/FRETE - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA FRETE		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	
PLACA	UF REGT	MARCA/MODELO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
QUANTIDADE	ESPÉCIE		MARCA	NUMERAÇÃO	SITC PAGTO FRETE

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
NÚMERO CERTIFICADO VACINA	RESERVADO AO FISCO

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO	DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM OS DADOS APOSTOS NESTE DOCUMENTO FISCAL	COMPROVANTE NFPA-e
_____ NOME/MATRÍCULA/ASSINATURA	_____ ASSINATURA DO REMETENTE	

	Estado de Mato Grosso Secretaria de Fazenda	NOTA FISCAL AVULSA	Nº 000000 3ª Via – Fisco da U.F. de Destino
--	--	--------------------	---

ÓRGÃO EMISSOR					
UNIDADE EMITENTE			DATA EMISSÃO	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
MUNICÍPIO UNIDADE EMITENTE		NATUREZA DA OPERAÇÃO			
MUNICÍPIO ORIGEM DO PRODUTO		CFOP			

REMETENTE					
NOME/RAZÃO SOCIAL				CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO			UF	TELEFONE/FAX
DESTINATARIO					
NOME/RAZÃO SOCIAL				CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO			UF	TELEFONE/FAX


PRODUTO						
CÓDIGO/DESCRIÇÃO		UNID MED	CST	QTDE	VALOR UNIT (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
					VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL (R\$)	

CÁLCULO/APURAÇÃO DO ICMS					
BASE CÁLCULO ICMS (R\$)	ALÍQ ICMS (%)	VALOR ICMS (R\$)	CRÉDITO ICMS (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER (R\$)	
VALOR DO FRETE (R\$)	VALOR DESP ACESS (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)	VALOR DESPACHO/PEDÁGIO (R\$)	VALOR DA PRESTAÇÃO (R\$)	
BASE CÁLCULO ICMS FRETE (R\$)	ALÍQ ICMS FRETE (%)	VALOR ICMS FRETE (R\$)	CREDITO ICMS FRETE (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER FRETE (R\$)	
DAR/PRODUTO - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA			DAR/FRETE - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA FRETE		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/RAZÃO SOCIAL				CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO			UF	TELEFONE/FAX
PLACA	UF REGT	MARCA/MODELO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
QUANTIDADE	ESPÉCIE		MARCA	NUMERAÇÃO	SITC PAGTO FRETE

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
NÚMERO CERTIFICADO VACINA	RESERVADO AO FISCO

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO	DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM OS DADOS APOSTOS NESTE DOCUMENTO FISCAL	COMPROVANTE NFPA-e
_____	_____	
NOME/MATRÍCULA/ASSINATURA	ASSINATURA DO REMETENTE	

	Estado de Mato Grosso Secretaria de Fazenda	NOTA FISCAL AVULSA	Nº 000000 4ª Via – Remetente/Arquivo
--	--	--------------------	--

ÓRGÃO EMISSOR					
UNIDADE EMITENTE			DATA EMISSÃO	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
MUNICÍPIO UNIDADE EMITENTE		NATUREZA DA OPERAÇÃO			
MUNICÍPIO ORIGEM DO PRODUTO		CFOP			

REMETENTE					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	
DESTINATARIO					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	

PRODUTO						
CÓDIGO/DESCRIÇÃO		UNID MED	CST	QTDE	VALOR UNIT (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
						VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL (R\$)

CÁLCULO/APURAÇÃO DO ICMS				
BASE CÁLCULO ICMS (R\$)	ALÍQ ICMS (%)	VALOR ICMS (R\$)	CRÉDITO ICMS (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER (R\$)
VALOR DO FRETE (R\$)	VALOR DESP ACESS (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)	VALOR DESPACHO/PEDÁGIO (R\$)	VALOR DA PRESTAÇÃO (R\$)
BASE CÁLCULO ICMS FRETE (R\$)	ALÍQ ICMS FRETE (%)	VALOR ICMS FRETE (R\$)	CREDITO ICMS FRETE (R\$)	VALOR ICMS A RECOLHER FRETE (R\$)
DAR/PRODUTO - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA			DAR/FRETE - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA FRETE	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/RAZÃO SOCIAL			CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			Nº	BAIRRO/DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO		UF	TELEFONE/FAX	
PLACA	UF REGT	MARCA/MODELO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
QUANTIDADE	ESPÉCIE		MARCA	NUMERAÇÃO	SITC PAGTO FRETE

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
NÚMERO CERTIFICADO VACINA	RESERVADO AO FISCO

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO	DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM OS DADOS APOSTOS NESTE DOCUMENTO FISCAL	COMPROVANTE NFPA-e
_____	_____	
NOME/MATRÍCULA/ASSINATURA	ASSINATURA DO REMETENTE	