

DADOS CADASTRAIS

| | |
|----------------|---------------------------------|
| NOME FANTASIA: | SANFFER |
| RAZÃO SOCIAL: | SANFFER PROMOÇÃO DE VENDAS LTDA |
| CNPJ: | 53.524.075/0005-61 |

DADOS DO FATURAMENTO/CORRESPONDÊNCIAS**Endereço Completo**

| | |
|---------|---|
| RUA: | AV BRASILIA, 146, LOJA 115 E 116 BLOCO B TERREOSHOPPING 3 AMERICAS SALA A |
| BAIRRO: | JARDIM DAS AMÉRICAS |
| CEP: | 78.060-601 |
| CIDADE: | CUIABÁ/MT |

Responsável pelo Financeiro

| | | | |
|---------------|---------------------------------|--------------|------------------------|
| NOME: | FERNANDA PEREIRA DA CUNHA ANJOS | | |
| CONTATO TEL.: | FIXO: | 65 3029 3535 | CELULAR: 65 98148-1414 |
| E-MAILS: | ADM@DROGARIAMAVISVOCE.COM | | |

Nota Fiscal

| | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Enquadrada no Simples Nacional | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Há retenções de ISSQN (3%) | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| A Prefeitura da sua Cidade retém ISS de notas emitidas por empresas de outro Estado. | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |

OBS: Caso haja uma alteração na retenção dos impostos informar nosso financeiro no prazo máximo de 30 dias

DESCREVA, CASO HOUVER, PARTICULARIDADES PARA EMISSÃO N/F.

FATURAR OS EXAMES NO CNPJ: 43.515.117/0001-10

Data do Vencimento

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| 15 (decimo quinto dia) | <input checked="" type="checkbox"/> | 20 (vigésimo) dia | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|

Responsável pelo Contrato

| | | | | |
|--------------|---------------------------------|--------------|----------|---------------|
| NOME: | FERNANDA PEREIRA DA CUNHA ANJOS | | | |
| CONTATO TEL: | FIXO: | 65 3029 3535 | CELULAR: | 65 98148-1414 |
| E-MAILS: | ADM@DROGARIAMAVISVOCE.COM | | | |

CARIMBO CNPJ



ASSINATURA CONTRATANTE

Medicina do Trabalho