

**SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS**

INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 017/2018/GAB/CRE  
Porto Velho, 30 de abril de 2018.

Define os modelos dos modelos constantes no Anexo XVII do regulamento do imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, aprovado pelo Decreto n. 22.721, de 5 de abril de 2018.

O COORDENADOR GERAL DA RECEITA ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais,

**D E T E R M I N A**

Art. 1º. Considerando o disposto no artigo 1º do Anexo XVII do Decreto n. 22.721, de 5 de abril de 2018, ficam estabelecidos os formulários dos modelos de documentos fiscais, constantes nos Anexos I ao LV:

- I - Autorização de Impressão de Documentos Fiscais (AIDF)
- II - Autorização para Aquisição de Veículos com Isenção de ICMS para Pessoa Portadora de Deficiência ou Autista
- III - Autorização para Movimentação de Vasilhames (AMV)
- IV - Bilhete de Passagem Aquaviário (Modelo 14)
- V - Bilhete de Passagem e Nota de Bagagem (Modelo 15)
- VI - Bilhete de Passagem Rodoviário (Modelo 13)
- VII - Cartaz de Aviso da Obrigatoriedade de Emissão da Nota Fiscal
- VIII - Certificado de Coleta de Óleo Usado
- IX - Consolidação Mensal da Movimentação de Vasilhames (CVM)
- X - Consolidação Semanal da Movimentação de Vasilhames (CSM)
- XI - Controle Diário do Saldo de Vasilhames por Marca (SVM)
- XII - Controle Mensal da Movimentação de Vasilhames por Marca (MVM)
- XIII - Declaração de Confirmação de Recebimento da Mercadoria Destinada ao Programa Fome Zero
- XIV - Declaração de Não Distribuição de Patrimônio e Renda, de Aplicação dos Recursos e de Manutenção de Escrituração de Receitas e Despesas - APAE
- XV - Declaração Serviço Médico Privado Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS)
- XVI - Demonstrativo de Pagamento - ICMS - Serviço de Provimento de Acesso à Internet
- XVII - Despacho de Transporte (Modelo 17)
- XVIII - Extrato de Faturamento do Serviço de Transporte de Valores
- XIX - Ficha de Conteúdo de Importação (FCI)
- XX - Formulário de Solicitação de Credenciamento de Contribuinte com Fabricação de Bens e Mercadorias em Escala Industrial Não Relevante
- XXI - Guia de Transporte de Valores (GTV)
- XXII - Guia Nacional de Recolhimento de Tributos Estaduais Online - GNRE-Online (Modelo 28)

XXIII - Guia para Liberação de Mercadoria Estrangeira sem Comprovação do Recolhimento do ICMS (GLME)

XXIV - Identificação do Condutor Autorizado

XXV - Laudo de Avaliação Autismo (Transtorno Autista e Autismo Atípico)

XXVI - Laudo de Avaliação Deficiência Física e/ou Visual

XXVII - Laudo de Avaliação Deficiência Mental (Severa ou Profunda)

XXVIII - Leiaute para Fornecimento de Informações - Estorno de ICMS de Energia Elétrica

XXIX - Livro Contas Correntes (Leiloeiro)

XXX - Livro de Movimentação de Combustíveis (LMC)

XXXI - Livro Diário de Entrada (Leiloeiro)

XXXII - Livro Diário de Leilões (Leiloeiro)

XXXIII - Livro Diário de Saída (Leiloeiro)

XXXIV - Livro Protocolo (Leiloeiro)

XXXV - Livro Registro de Controle da Produção e do Estoque (RECOPE) - Modelo 3

XXXVI - Livro Registro de Entradas (RE) - Modelo 1

XXXVII - Livro Registro de Entradas (RE) - Modelo 1-A

XXXVIII - Livro Registro de Impressão de Documentos Fiscais (RIDOF) - Modelo 5

XXXIX - Livro Registro de Inventário (RI) - Modelo 7

XL - Livro Registro de Utilização de Documentos Fiscais e Termos de Ocorrências (RUDFTO) - Modelo 6

XLI - Memorando-Exportação

XLII - Nota Fiscal (Modelo 1)

XLIII - Nota Fiscal (Modelo 1-A)

XLIV - Nota Fiscal de Produtor (Modelo 4)

XLV - Nota Fiscal de Serviço de Comunicação (Modelo 21)

XLVI - Nota Fiscal de Serviço de Telecomunicação (Modelo 22)

XLVII - Nota Fiscal-Conta de Energia Elétrica (Modelo 6)

XLVIII - Ordem de Coleta de Carga (Modelo 20)

XLIX - Relação de Contribuintes Fabricantes de Mercadorias em Escala Industrial Não Relevante

L - Relatório de Movimentação de Álcool Carburante e de Biodiesel B100 com Destino à ZFM e em Trânsito pelo Estado de Rondônia

LI - Resumo de Movimento Diário (Modelo 18)

LII - Termos de Apreensão de Mercadorias e Outros Bens

LIII - Termos de Depósito de Mercadorias e Outros Bens

LIV - Termos de Liberação de Mercadorias e Outros Bens

LV - Termos de Recebimento de Mercadorias e Outros Bens

Art. 2º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos a partir de 1º de maio de 2018.

WILSON CÉZAR DE CARVALHO  
Coordenador Geral da Receita Estadual

## ANEXO I

## AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS (AIDF)

(Artigo 73, *caput* do Anexo XIII do RICMS/RO)

## AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS (AIDF)

(Artigo 73, *caput* do Anexo XIII do RICMS/RO)

USO DA REPARTIÇÃO FISCAL

MICROFILME

## AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS

NÚMERO DE ORDEM (Tipografado)

NÚMERO DA VIA

ESTABELECIMENTO GRÁFICO

NOME (Tipografado) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (Tipografado) \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO ESTADUAL (Tipografado) \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO NO CNPJ (Tipografado) \_\_\_\_\_

ESTABELECIMENTO USUÁRIO

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO ESTADUAL \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO NO CNPJ \_\_\_\_\_

		A		
		A		
		A		
		A		
		A		
		A		
		A		

## OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PEDIDO

DATA: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO USUÁRIO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ENTREGA

DATA: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO FISCAL \_\_\_\_\_ SÉRIE E SUBSÉRIE \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO

NOME DA PESSOA A QUEM FOR FEITA A ENTREGA: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA

REPARTIÇÃO FISCAL

AUTORIZAMOS

EM \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo da Autoridade Competente

## ANEXO II

**AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS  
COM ISENÇÃO DE ICMS PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA  
FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA**

(Item 46, Nota 18 da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS  
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS  
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA  
CONVÊNIO ICMS 38 DE 30 DE MARÇO DE 2012

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF N°		
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.	
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	UF	CEP	TELEFONE	
				E-MAIL	

TENDO EM VISTA O REQUERIMENTO APRESENTADO PELO(A) INTERESSADO(A) ACIMA IDENTIFICADO(A) E DOCUMENTOS ANEXOS:

1. RECONHEÇO O DIREITO À ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE INTERESTADUAL E INTERMUNICIPAL E DE COMUNICAÇÃO - ICMS - INSTITUÍDA PELO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012 E ITEM 46 DA PARTE 3 DO ANEXO I DO RICMS/RO;
2. AUTORIZO A AQUISIÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR NOVO, NAS CONDIÇÕES ACIMA, DESDE QUE O VALOR NÃO SEJA SUPERIOR A R\$ 70.000,00 (SETENTA MIL REAIS).

ESTA AUTORIZAÇÃO É VÁLIDA POR 270 (DUZENTOS E SETENTA) DIAS, CONTADOS DA DATA DE EMISSÃO.

ASSINATURA / CARIMBO / DATA / MATRÍCULA DA AUTORIDADE COMPETENTE

OBS: A OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS HIPÓTESES PREVISTAS NA CLÁUSULA QUINTA DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012 OU NOTA 23 DO ITEM 46 DA PARTE 3 DO ANEXO I DO RICMS ACARRETERÁ O RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DISPENSADO, COM ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ACRÉSCIMOS LEGAIS, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAS CABÍVEIS.

ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EM 4 (QUATRO) VIAS, QUE TÊM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

- INTERESSADO(A)
  - FABRICANTE
  - CONCESSIONÁRIA
  - FISCO, A QUAL DEVERÁ CONTER O RECIBO DAS OUTRAS 3 (TRÊS) VIAS ASSINADO PELO(A) INTERESSADO(A)
- ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL.

## ANEXO III

AUTORIZAÇÃO PARA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (AMV)

(Artigo 393, § 1º, I do Anexo X do RICMS/RO)

<b>Autorização para Movimentação de Vasilhames no Centro de Destroca/Base de Engarrafamento (AMV)</b>		Nº: (1)
		Data: (2)
CD / Base:	(3)	
Companhia:	(4)	
Transportador:	(5)	Placa: (6)
Nº. Nota Fiscal:	(7)	Quantidades: (8)
Hora de Entrada:	(9)	Hora de Saída: (10)

Marcas	Entradas				Saídas				Obs.
	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	
(01) AgipLiquigás									(13)
(02) Alagoas Gás									
(03) Amazongás									
(04) Argoni									
(05) Bahiana									
(06) Brasilgás									
(07) Butano									
(08) Copagaz									
(09) Fogás									
(10) Fortgás		(11)				(12)			
(11) Gás Paulista									
(12) Gasbel									
(13) Gasbrás									
(14) Heliogás									
(15) Liquigás									
(16) LP Gás									
(17) Minasgás									
(18) Multigás									
(19) Novogás									
(20) Onogás									
(21) Pampagás									
(22) Paragás									
(23) Petrogaz									
(24) Pibigás									
(25) Plenogás									
(26) Recifegás									
(27) Sergipegás									
(28) Servgás									
(29) Solgás									
(30) Supergás									
(31) Supergasbrás									
(32) Tropigás									
(33) Ultragaz									
(34) Walgás									
(35) Outras / S.M.									
<b>Total</b>		(14)				(15)			

Conferente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**Instruções de preenchimento do formulário  
Autorização para Movimentação de Vasilhames no  
Centro de Destroca/Base de Engarrafamento (AMV)**

O preenchimento deste formulário é obrigatório para todo veículo que entrar no Centro de Destroca/Base de Engarrafamento para destroca de vasilhames.

Além de propiciar o necessário controle sobre a movimentação de vasilhames no Centro de Destroca/Base, tem por objetivo quantificar as quantidades de vasilhames destrocadas na área por Companhia, visando o balanceamento das marcas.

Preenchimento dos Campos:

- (1) Numeração tipográfica em ordem sequencial;
- (2) Data da Movimentação dos botijões (dd/mm/aa);
- (3) Nome da área do Centro de Destroca/Base de Engarrafamento;
- (4) Nome da Companhia remetente dos vasilhames para destroca;
- (5) Nome do transportador dos vasilhames (veículo próprio/terceiros);
- (6) Placa do veículo utilizado no transporte dos vasilhames;
- (7) Número da Nota Fiscal de Remessa (cobertura de carga);
- (8) Quantidade de vasilhames declarada na entrada do Centro de Destroca/Base;
- (9) Hora de entrada do veículo no Centro de Destroca/Base;
- (10) Hora de saída do veículo do Centro de Destroca/Base;
- (11) Na coluna de Entradas, deverão ser preenchidas as quantidades de vasilhames recebidas pelo Centro de Destroca/Base, segregadas por marca e tipo;
- (12) Na coluna de Saídas, deverão ser preenchidas as quantidades de vasilhames destrocadas pelo Centro, segregadas por marca e tipo;
- (13) Coluna para Observações, quando necessário;
- (14) Somatório das quantidades lançadas na coluna "Entradas";
- (15) Somatório das quantidades lançadas na coluna "Saídas". A soma das colunas "Entradas", "Saídas", bem como a quantidade de vasilhames declarada na entrada do Centro de Destroca deverão ser rigorosamente iguais;
- (16) Visto do conferente da carga e descarga dos vasilhames;
- (17) Visto do responsável pela operacionalização do Centro de Destroca ou do responsável pela Base de Engarrafamento.

O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do administrador do Centro de Destroca e é parte integrante dos serviços prestados. Cada Companhia será responsável pelo preenchimento quando os veículos adentrarem em suas Bases.

**ANEXO IV**

**BILHETE DE PASSAGEM AQUAVIÁRIO (Modelo 14)  
(Artigo 1º, V do Anexo XIII do RICMS/RO)**

Nome do Emitente:

Endereço:

CNPJ:

Insc. Estadual:

**BILHETE DE PASSAGEM AQUAVIÁRIO**

Nº:	Série/Subsérie:	Via:
De:	Para:	
Linha:	Prefixo:	

Data Viagem	Agência	Discriminação	Valores R\$
		Tarifa	
Horário	Data Emissão	Seguros	
		Outros	
Poltrona	Agente	Total da Prestação	

O passageiro guardará seu bilhete para fins de fiscalização em viagem

Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos.

**ANEXO V**  
**BILHETE DE PASSAGEM E NOTA DE BAGAGEM (MODELO 15)**  
**ARTIGO 1º, VI do Anexo XIII do RICMS/RO**

Emitido por:			<b>BILHETE DE PASSAGEM E NOTA DE BAGAGEM</b>	Origem/Destino:			Nº 000.000 SÉRIE - SUBSÉRIE			
CNPJ e Inscrição Estadual:				Uso do Transportador: _____			_____ª VIA			
Endossos e Restrições: _____				Emitido em Troca de: _____						
Nome do Passageiro			Bilhete Conjugado				Local e Data da Emissão			
De	Transp.	Voo	Classe	Data	Hora	Situação	Base Tarifária / Código Bilhete	Válido a Partir de	Válido Até	Franquia
Para										
Para										
Para										
Para										
		Moeda	Forma de pagamento		Saldo a Favor			Comissão Taxa		
Tarifa		Cálculo da Tarifa								
TAXA										
TAXA										
TAXA										
Total					Forma de Pagamento					
Nº do bilhete					Emissão Original					
O passageiro guardará seu bilhete para fins de fiscalização em viagem.										
Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos e suas série e subsérie.										

**ANEXO VI**

**BILHETE DE PASSAGEM RODOVIÁRIO (Modelo 13)**  
**(Artigo 1º, IV do Anexo XIII do RICMS/RO)**

Nome do Emitente:	<b>(AUTENTICAÇÃO)</b>
Endereço:	
CNPJ:                      Insc. Estadual:	

**BILHETE DE PASSAGEM RODOVIÁRIO**

Nº:	Série/Subsérie:	Via:
De:	Para:	
Linha:	Prefixo:	

Data Viagem	Agência	Discriminação	Valores R\$
		Tarifa	
Horário	Data Emissão	Seguros	
		Outros	
Poltrona	Agente	Total da Prestação	

O passageiro guardará seu bilhete para fins de fiscalização em viagem

Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos.

## ANEXO VII

CARTAZ DE AVISO DA OBRIGATORIEDADE DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
(Artigo 67, *caput* do Anexo XIII do RICMS/RO)

ARTIGO 326 DO REGULAMENTO DO ICMS-RO, APROVADO PELO DECRETO 8321, DE 30/04/98

# ESTE ESTABELECECIMENTO ESTÁ OBRIGADO A EMITIR NOTA FISCAL



**GOVERNO DO ESTADO  
DE RONDÔNIA**

**CRE-COORDENADORIA  
DA RECEITA ESTADUAL**

**TEL: 0800-69-0013**

## ANEXO VIII

CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO

(Artigo 418, *caput* do Anexo X do RICMS/RO)

	<p>Em atendimento à Resolução nº 20 de 18 de junho de 2009 da Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis - ANP, documento obrigatório para a coleta de óleo lubrificante usado ou contaminado a partir de 01.10.1999. "Convênio ICMS nº 38/2000"</p>	<p>Certificamos que os produtos encontram-se devidamente acondicionados para suportar os riscos de transporte, carregamento, descarregamento e transbordo, conforme legislação em vigor, nº ONU 3082 nº risco 90, classe ou sub-classe risco 9.</p>	<p>LOGOMARCA COLETOR</p>								
Nº VIA											
<p>DADOS DA COLETORA</p> <p>NOME</p> <p>Endereço:</p> <p>Autorização na ANP nº</p>		<p>CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO OU CONTAMINADO nº _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Local</td> <td style="width: 50%;">UF</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data / /</td> </tr> </table>		Local	UF	Data / /					
Local	UF										
Data / /											
<p>Substância que apresenta risco para o meio ambiente, líquida, NE. Óleo lubrificante usado e ou contaminado grupo embalagem: III</p> <p>Declaramos haver coletado o volume de óleo lubrificante usado ou contaminado, conforme discriminado ao lado, do gerador abaixo identificado</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Óleo automotivo</td> <td style="width: 50%;">LITROS</td> </tr> <tr> <td>Óleo Industrial</td> <td>LITROS</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>LITROS</td> </tr> <tr> <td>Soma</td> <td>LITROS</td> </tr> </table>	Óleo automotivo	LITROS	Óleo Industrial	LITROS	Outros	LITROS	Soma	LITROS	
Óleo automotivo	LITROS										
Óleo Industrial	LITROS										
Outros	LITROS										
Soma	LITROS										
RAZÃO SOCIAL											
RUA (nome nº etc)											
BAIRRO		CIDADE	UF								
CEP		CNPJ Nº									
FONE		FAX									
VEÍCULO PLACA											
<p>_____ Nome, Assinatura do Gerador (Detentor)</p>		<p>_____ Nome, Assinatura do Coletor</p>									

## ANEXO IX

## CONSOLIDAÇÃO MENSAL DA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (CVM)

(Artigo 393, § 1º, IV do Anexo X do RICMS/RO)

Consolidação Mensal da Movimentação de Vasilhames (CVM)																
Centro de Destroca/Base: _____ (1)										Dia: _____ (2)						
Mês de Referência: _____ (3)																
Marcas	Aberturas				Entradas				Saídas				Saldo			
	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45
(01) AgipLiquigás																
(02) Alagoas Gás																
(03) Amazongás																
(04) Argoni																
(05) Bahiana																
(06) Brasilgás																
(07) Butano																
(08) Copagaz																
(09) Fogás																
(10) Fortgás		(4)				(5)				(6)				(7)		
(11) Gás Paulista																
(12) Gasbel																
(13) Gasbrás																
(14) Heliogás																
(15) Liquigás																
(16) LP Gás																
(17) Minasgás																
(18) Multigás																
(19) Novogás																
(20) Onogás																
(21) Pampagás																
(22) Paragás																
(23) Petrogaz																
(24) Pibigás																
(25) Plenogás																
(26) Recifegás																
(27) Sergipegás																
(28) Servgás																
(29) Solgás																
(30) Supergás																
(31) Supergasbrás																
(32) Tropigás																
(33) Ultragaz																
(34) Walgás																
(35) Outras / S.M.																
<b>Total</b>		(8)				(9)				(10)				(11)		
Responsável: _____										(12)						

**Instruções de preenchimento do formulário  
Consolidação Mensal da Movimentação de Vasilhames (CVM)**

O centro de Destroca/Base tem por obrigação o preenchimento mensal deste formulário.

Seu objetivo é a consolidação da movimentação mensal de vasilhames destrocados no Centro/Base de Engarrafamento.

Preenchimento dos Campos:

- (1) Nome da área onde atua o Centro de Destroca/Base de Engarrafamento;
- (2) Data de preenchimento do formulário (dd/mm/aa);
- (3) Mês a que se refere a movimentação (Ex.: Set/96);
- (4) Preencher com os saldos apurados no "CVM" do mês anterior;
- (5) Somatório por marca e tipo de vasilhame da coluna "Entradas" de todos os "CSM" emitidos durante o mês que se refere a consolidação;
- (6) Somatório por marca e tipo de vasilhame da coluna "Saídas" de todos os "CSM" emitidos durante o mês que se refere a consolidação;
- (7) Apuração do saldo mensal por marca e tipo (ABERTURA + ENTRADAS - SAÍDAS);
- (8) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Aberturas";
- (9) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Entradas";
- (10) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Saídas";
- (11) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Saldo". O resultado apurado deverá ser igual ao somatório dos valores apurados no total das colunas "Aberturas", "Entradas" e "Saídas", ou seja,  $\{(8)+(9)-(10)\}$ , por tipo de vasilhame;
- (12) Visto do responsável pela operacionalização do Centro de Destroca ou do responsável pela Base de Engarrafamento.

O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do administrador do Centro de Destroca e é parte integrante dos serviços prestados. As Companhias também deverão preenchê-lo sempre que ocorrer movimentação de destroca de vasilhames em suas Bases.

## ANEXO X

## CONSOLIDAÇÃO SEMANAL DA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (CSM)

(Artigo 393, § 1º, III do Anexo X do RICMS/RO)

Consolidação Semanal da Movimentação de Vasilhames (CSM)																
Centro de Destroca/Base: _____ (1)										Dia: _____ (2)						
Período de Referência: (3)		De: _____				A: _____										
Marcas	Aberturas				Entradas				Saídas				Saldo			
	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45
(01) AgipLiquigás																
(02) Alagoas Gás																
(03) Amazongás																
(04) Argoni																
(05) Bahiana																
(06) Brasilgás																
(07) Butano																
(08) Copagaz																
(09) Fogás																
(10) Fortgás		(4)				(5)				(6)				(7)		
(11) Gás Paulista																
(12) Gasbel																
(13) Gasbrás																
(14) Heliogás																
(15) Liquigás																
(16) LP Gás																
(17) Minasgás																
(18) Multigás																
(19) Novogás																
(20) Onogás																
(21) Pampagás																
(22) Paragás																
(23) Petrogaz																
(24) Pibigás																
(25) Plenogás																
(26) Recifegás																
(27) Sergipegás																
(28) Servgás																
(29) Solgás																
(30) Supergás																
(31) Supergasbrás																
(32) Tropigás																
(33) Ultragaz																
(34) Walgás																
(35) Outras / S.M.																
<b>Total</b>		(8)				(9)				(10)				(11)		
Responsável: _____										(12)						

**Instruções de preenchimento do formulário  
Consolidação Semanal da Movimentação de Vasilhames (CSM)**

O centro de Destroca/Base tem por obrigação o preenchimento semanal deste formulário.

Seu objetivo é a consolidação da movimentação semanal de vasilhames destrocados no Centro/Base de Engarrafamento.

Preenchimento dos Campos:

- (1) Nome da área onde atua o Centro de Destroca/Base de Engarrafamento;
- (2) Data de preenchimento do formulário (dd/mm/aa);
- (3) Período a que se refere a movimentação (Ex.: de 02/09/96 a 06/09/96);
- (4) Preencher com os saldos apurados no "CSM" da semana anterior;
- (5) Somatório por marca e tipo de vasilhame botijão da coluna "Entradas" de todos os "SVM" emitidos durante a semana que se refere a consolidação;
- (6) Somatório por marca e tipo de vasilhame da coluna "Saídas" de todos os "SVM" emitidos durante a semana que se refere a consolidação;
- (7) Apuração do saldo semanal por marca e tipo (ABERTURA + ENTRADAS - SAÍDAS);
- (8) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Aberturas";
- (9) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Entradas";
- (10) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Saídas";
- (11) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Saldo". O resultado apurado deverá ser igual ao somatório dos valores apurados no total das colunas "Aberturas", "Entradas" e "Saídas", ou seja,  $\{(8)+(9)-(10)\}$ , por tipo de vasilhame;
- (12) Visto do responsável pela operacionalização do Centro de Destroca ou do responsável pela Base de Engarrafamento.

O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do administrador do Centro de Destroca e é parte integrante dos serviços prestados. As Companhias também deverão preenchê-lo sempre que ocorrer movimentação de destroca de vasilhames em suas Bases.

## ANEXO XI

## CONTROLE DIÁRIO DO SALDO DE VASILHAMES POR MARCA (SVM)

(Artigo 393, § 1º, II do Anexo X do RICMS/RO)

Controle Diário do Saldo de Vasilhames por Marca (SVM)																
Centro de Destroca/Base: _____ (1)										Dia: _____ (2)						
Autorização de Movimentação: De: _____ (3)										A: _____ (4)						
Marcas	Aberturas				Entradas				Saídas				Saldo			
	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45
(01) AgipLiquigás																
(02) Alagoas Gás																
(03) Amazongás																
(04) Argoni																
(05) Bahiana																
(06) Brasilgás																
(07) Butano																
(08) Copagaz																
(09) Fogás																
(10) Fortgás		(5)				(6)				(7)				(8)		
(11) Gás Paulista																
(12) Gasbel																
(13) Gasbrás																
(14) Heliogás																
(15) Liquigás																
(16) LP Gás																
(17) Minasgás																
(18) Multigás																
(19) Novogás																
(20) Onogás																
(21) Pampagás																
(22) Paragás																
(23) Petrogaz																
(24) Pibigás																
(25) Plenogás																
(26) Recifegás																
(27) Sergipegás																
(28) Servgás																
(29) Solgás																
(30) Supergás																
(31) Supergasbrás																
(32) Tropigás																
(33) Ultragaz																
(34) Walgás																
(35) Outras / S.M.																
<b>Total</b>		(9)				(10)				(11)				(12)		
Conferente: _____ (13)										Responsável: _____ (14)						

**Instruções de preenchimento do formulário**  
**Controle Diário do Saldo de Vasilhames por Marca (SVM)**

O centro de Destroca/Base tem por obrigação o preenchimento diário deste formulário.

Seu objetivo é a consolidação da movimentação diária de vasilhames destrocados no Centro/Base de Engarrafamento.

Preenchimento dos Campos:

- (1) Nome da área onde atua o Centro de Destroca/Base de Engarrafamento;
- (2) Data referente à consolidação da Movimentação dos vasilhames (dd/mm/aa);
- (3) Número do primeiro "AMV" emitido no dia;
- (4) Número do último "AMV" emitido no dia;
- (5) Preencher com os saldos por marca e tipo apurados no "SVM" do dia anterior;
- (6) Somatório por marca e tipo de vasilhame da coluna "Entradas" de todos os "AMV" emitidos no dia;
- (7) Somatório por marca e tipo de vasilhames da coluna "Saídas" de todos os "AMV" emitidos no dia;
- (8) Apuração do Saldo Diário por marca e tipo (ABERTURA + ENTRADAS - SAÍDAS);
- (9) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Aberturas";
- (10) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Entradas";
- (11) Somatório por tipo de vasilhames da coluna "Saídas";
- (12) Somatório por tipo de vasilhame da coluna "Saldos". O resultado apurado deverá ser igual ao somatório das quantidades por tipo de vasilhames apurados no total das colunas "Aberturas", "Entradas" e "Saídas", ou seja,  $\{(9)+(10)-(11)\}$ ;
- (13) Visto do conferente da carga e descarga dos vasilhames;
- (14) Visto do responsável pela operacionalização do Centro de Destroca ou do responsável pela Base de Engarrafamento.

O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do administrador do Centro de Destroca e é parte integrante dos serviços prestados. As Companhias também deverão preenchê-lo sempre que ocorrer movimentação de destroca de vasilhames em suas Bases.

## ANEXO XII

**CONTROLE MENSAL DA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES POR MARCA (MVM)**  
 (Artigo 393, § 1º, V do Anexo X do RICMS/RO)

**Controle Mensal da Movimentação de Vasilhames por Marca (MVM)**

 Centro de Destroca: \_\_\_\_\_ (1) Mês:   
 Companhia: \_\_\_\_\_ (3)

Marcas	Entradas				Saídas				Obs.
	P2	P13	P20	P45	P2	P13	P20	P45	
(01) AgipLiquigás									(6)
(02) Alagoas Gás									
(03) Amazongás									
(04) Argoni									
(05) Bahiana									
(06) Brasilgás									
(07) Butano									
(08) Copagaz									
(09) Fogás									
(10) Fortgás		(4)				(5)			
(11) Gás Paulista									
(12) Gasbel									
(13) Gasbrás									
(14) Heliogás									
(15) Liquigás									
(16) LP Gás									
(17) Minasgás									
(18) Multigás									
(19) Novogás									
(20) Onogás									
(21) Pampagás									
(22) Paragás									
(23) Petrogaz									
(24) Pibigás									
(25) Plenogás									
(26) Recifegás									
(27) Sergipegás									
(28) Servgás									
(29) Solgás									
(30) Supergás									
(31) Supergasbrás									
(32) Tropigás									
(33) Ultragaz									
(34) Walgás									
(35) Outras / S.M.									
<b>Total</b>		(7)				(8)			

**Movimentação de  
Vasilhames**

	P2	P13	P20	P45
<b>OM</b>		(9)		
<b>PM</b>		(10)		
<b>Total</b>		(11)		

Responsável: \_\_\_\_\_ (12)

**Instruções de preenchimento do formulário  
Controle Mensal da Movimentação de Vasilhames por marca (MVM)**

O preenchimento deste formulário é obrigatório para toda empresa que movimentar vasilhames no Centro de Destroca.

Além de propiciar o necessário controle sobre a movimentação de vasilhames no Centro de Destroca, tem por objetivo quantificar as quantidades de vasilhames destrocadas/movimentadas na área por Companhia, tendo em vista o rateio mensal das despesas do Centro de Destroca.

Preenchimento dos Campos:

- (1) Nome do Centro de Destroca;
- (2) Mês do movimento em referência (mmm/aa);
- (3) Nome da Companhia que movimentou vasilhames no Centro de Destroca;
- (4) Preencher com o somatório por tipo e marca dos vasilhames trazidos por cada Companhia, conforme registro na coluna "Entradas" dos formulários "AMV";
- (5) Preencher com o somatório por tipo e marca dos vasilhames retirados por Companhia conforme registro na coluna "Saídas" dos formulários "AMV";
- (6) Coluna para Observações, quando necessário;
- (7) Somatório das quantidades por tipo de vasilhames lançadas na coluna "Entrada";
- (8) Somatório das quantidades por tipo de vasilhame, lançadas na coluna "Saída". As somas das colunas "Entradas" e "Saídas", deverão ser iguais;
- (9) Somatório das quantidades por tipo e marca de vasilhames OM (outras marcas) da coluna "Entradas". Os vasilhames PM (própria marca) NÃO deverão ser somados;
- (10) Preencher com a quantidade dos eventuais vasilhames PM;
- (11) Somatório das quantidades de vasilhames OM e PM {(9)+(10)}. A quantidade apurada, corresponderá a base de cada Companhia para rateio das despesas do Centro de Destroca;
- (12) Visto do responsável pela operacionalização do Centro de Destroca.

O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do administrador do Centro de Destroca e é parte integrante dos serviços prestados.

**ANEXO XIII  
DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO  
DA MERCADORIA DESTINADA AO PROGRAMA FOME ZERO  
(Item 29 da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**

CERTIFICADO Nº	NOTA FISCAL Nº	DATA
----------------	----------------	------

DOADOR		
NOME RAZÃO SOCIAL		
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO		
BAIRRO	MUNICÍPIO – UF	CEP
NOME DO RESPONSÁVEL		
CARGO	FONE	
ASSINATURA		

RECEBEDOR		
NOME RAZÃO SOCIAL		
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO		
BAIRRO	MUNICÍPIO – UF	CEP
NOME DO RESPONSÁVEL		
CARGO	FONE	
ASSINATURA		
TRANSPORTADORA	PLACA	

**ANEXO XIV  
DECLARAÇÃO DE NÃO DISTRIBUIÇÃO DE PATRIMÔNIO E RENDA,  
DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS E DE MANUTENÇÃO  
DE ESCRITURAÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS - APAE  
(Item 25 da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**

Interessado:

Endereço:

Município:

CNPJ/MF:

O interessado acima qualificado, cujo objetivo principal de sua entidade é \_\_\_\_\_, no

intuito de obter a isenção do ICMS na aquisição de veículo automotor novo, DECLARA que:

I - não distribui qualquer parcela de seu patrimônio ou de suas rendas a título de lucro ou participação em seu resultado;

II - aplica, integralmente, no País os seus recursos, na manutenção de seus objetivos institucionais; e

III - mantém escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar a sua exatidão.

Por ser expressão fiel da verdade, assinam o presente documento, com firma reconhecida em cartório, dois membros da diretoria, os quais, se declaram cientes de sua responsabilidade solidária pelo pagamento do imposto, no caso de declaração inverídica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:  
Função:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:  
Função:

## ANEXO XV

**DECLARAÇÃO: SERVIÇO MÉDICO PRIVADO  
INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

(Item 46, Nota 6, II e Nota 8, II da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

Carimbo Padronizado CNPJ

**DECLARAÇÃO  
SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, responsável  
pela unidade de saúde \_\_\_\_\_, CNPJ nº  
\_\_\_\_\_, **DECLARA**, sob as penas da lei, que este serviço médico integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

\_\_\_\_\_  
LOCAL/DATA\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal:

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos....”

**ANEXO XVI  
DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DE ICMS POR  
SERVIÇO DE PROVIMENTO DE ACESSO À INTERNET**

(Artigo 451, *caput* do Anexo X do RICMS/RO)

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO**

**ICMS - SERVIÇO DE PROVIMENTO DE ACESSO À INTERNET**

Contribuinte:

CNPJ:

Período de Apuração (Mês / Ano):

UF	Qtd Usuários	Valor Faturado	UF Prestador		UF Tomador	
			Base de Cálculo	ICMS	Base de Cálculo	ICMS
AC						
AL						
AP						
BA						
CE						
ES						
MA						
MG						
PA						
PB						
PE						
PI						
PR						
RJ						
RN						
RO						
RR						
RS						
SC						
SE						
SP						
<b>TOTAIS</b>						

## ANEXO XVII

**DESPACHO DE TRANSPORTE (MODELO 17)  
ARTIGO 1º, VII DO ANEXO XIII DO RICMS/RO**

NOME DO EMITENTE: ENDEREÇO:		Nº	SÉRIE
CNPJ:	INSC. ESTADUAL:		
		SUBSÉRIE	

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:		CNPJ ou CPF:		
Endereço:		Cidade:		
Motorista:		CPF:		
Endereço:		Cidade:		
Cart. de Habilitação Nº:		de	Data:	
INSS do proprietário Nº:Reg. no DNER Nº		Data:		
Placa:	de	Marca	Cor	Fone:

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

Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos.

## ANEXO XVIII

## EXTRATO DE FATURAMENTO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE VALORES

(Artigo 293, *caput* do Anexo X do RICMS/RO)

## EXTRATO DE FATURAMENTO - TRANSPORTE

REFERENTE NOTA FISCAL DE SERVIÇO DE TRANSPORTE Nº.....

EMITENTE:

ENDEREÇO:

CNPJ \_\_\_\_\_ INSCRIÇÃO ESTADUAL \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ SACADO: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS REALIZADOS EM \_\_\_\_\_ (mês) / \_\_\_\_\_ (ano).

DATA	DESC.SER VIÇO ORIG/DES T.	Nº G.T.V (GUIA TRANSPORTE VALORES)	CÓDIGO SERVIÇO	VALOR TRANSPO RTADO	VALOR SERVIÇ O	TAXA ADVALO REM	TEMPO DE PERMANÊNC IA	TAXA DE PERMANÊ NCIA	TOTAL/ SERVIÇO
VALOR TOTAL				R\$					
OBS:									

ANEXO XIX  
FICHA DE CONTEÚDO DE IMPORTAÇÃO - FCI

**FICHA DE CONTEÚDO DE IMPORTAÇÃO (FCI)**

Razão Social:

Endereço:

Inscr. Estadual:

		Município:		UF:
		CNPJ:		

**DADOS DO BEM OU MERCADORIA RESULTANTE DA INDUSTRIALIZAÇÃO**

Descrição da mercadoria	
Código NCM	
Código da mercadoria	
Código GTIN	
Unidade de medida	
Valor da parcela importada do exterior	
Valor total da saída interestadual	

F.C.I. Nº	
Conteúdo de Importação (C.I.) %	



## ANEXO XXI

## GUIA DE TRANSPORTE DE VALORES (GTV)

(Artigo 294, caput do Anexo X do RICMS/RO)

GUIA DE TRANSPORTE DE VALORES - GTV		EMITENTE						INSCRIÇÕES	ESTADUAL				
		ENDEREÇO							CNPJ				
Nº	SÉRIE	TOMADOR DO SERVIÇO							ESTADUAL				
NÚMERO DE DESTINO DA VIA		ENDEREÇO							CNPJ				
REMETENTE						DATA	HORA CHEGADA	HORA SAÍDA	ASSINATURA	REMETENTE	ASSINATURA	TRANSPORTADOR	
ENDEREÇO													
DESTINATÁRIO						DATA	HORA CHEGADA	HORA SAÍDA	ASSINATURA	REMETENTE	ASSINATURA	TRANSPORTADOR	
ENDEREÇO													
LOCAL E DATA DE EMISSÃO						TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO VEÍCULO POR MEIO DE CAIXA FORTE DE FILIAL EM RAZÃO DE LOGÍSTICA OU PARADA INTERMEDIÁRIA OU POR TRANSBORDO							
DISCRIMINAÇÃO, VALOR E IDENTIFICAÇÃO DA CARGA													
VOLUME	TIPO	VALOR DECLARADO	RÓTULO	LACRE	SELO	DATA	ROTA	PLACA/LOCAL VEÍCULO	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	RESPONSÁVEL		
	CÉDULA												
	CHEQUE												
	MOEDA												
	OUTROS												
	TOTAL					DADOS DA CUSTÓDIA, SE OCORRER							
PLACA, LOCAL E ESTADO DO VEÍCULO						RECEBIDO POR	DATA	HORA	ENTREGUE A	DATA	HORA		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES						DADOS DA IMPRESSORA E DA IMPRESSÃO							

11cm

**ANEXO XXII**  
**GUIA NACIONAL DE RECOLHIMENTO DE TRIBUTOS ESTADUAIS ONLINE - GNRE-ONLINE (Modelo 28)**  
**(Artigo 1º, XII do Anexo XIII do RICMS/RO)**

Guia Nacional de Recolhimento de Tributos Estaduais - GNRE		UF Favorecida	Código da Receita
Dados do Emitente		Nº de Controle	
		Data de Vencimento	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Nº do Documento de Origem	
Endereço:	UF:	Período de Referência	
Município:	DDD/Telefone:	Nº Parcela	
CEP:		Valor Principal	
Dados do Destinatário		Atualização Monetária	
CNPJ/CPF/Insc. Est.:		Juros	
Município:		Multa	
Informações à Fiscalização		Total a Recolher	
Convênio / Protocolo:			
Produto:			
Informações Complementares			
Documento válido para pagamento até			
00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0			
			1ª via Banco
			

Autenticação

Guia Nacional de Recolhimento de Tributos Estaduais - GNRE		UF Favorecida	Código da Receita
Dados do Emitente		Nº de Controle	
		Data de Vencimento	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Nº do Documento de Origem	
Endereço:	UF:	Período de Referência	
Município:	DDD/Telefone:	Nº Parcela	
CEP:		Valor Principal	
Dados do Destinatário		Atualização Monetária	
CNPJ/CPF/Insc. Est.:		Juros	
Município:		Multa	
Informações à Fiscalização		Total a Recolher	
Convênio / Protocolo:			
Produto:			
Informações Complementares			
Documento válido para pagamento até			
00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0			
			2ª via Contribuinte
			

Autenticação

Guia Nacional de Recolhimento de Tributos Estaduais - GNRE		UF Favorecida	Código da Receita
Dados do Emitente		Nº de Controle	
		Data de Vencimento	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Nº do Documento de Origem	
Endereço:	UF:	Período de Referência	
Município:	DDD/Telefone:	Nº Parcela	
CEP:		Valor Principal	
Dados do Destinatário		Atualização Monetária	
CNPJ/CPF/Insc. Est.:		Juros	
Município:		Multa	
Informações à Fiscalização		Total a Recolher	
Convênio / Protocolo:			
Produto:			
Informações Complementares			
Documento válido para pagamento até			
00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0 00000000000 0			
			3ª via Contribuinte/Fisco
			

Autenticação

**ANEXO XXIII**  
**GUIA PARA LIBERAÇÃO DE MERCADORIA ESTRANGEIRA SEM COMPROVAÇÃO DO RECOLHIMENTO DO ICMS (GLME)**  
**(Artigo 163, caput do Anexo X do RICMS/RO)**

GUIA PARA LIBERAÇÃO DE MERCADORIA ESTRANGEIRA SEM COMPROVAÇÃO DO RECOLHIMENTO DO ICMS - GLME						1 - SECRETARIA DA FAZENDA OU DE FINANÇAS DE:							
2 - IMPORTADOR				3 - ADQUIRENTE*									
2.1 - NOME/RAZÃO SOCIAL				3.1 - NOME/RAZÃO SOCIAL									
2.2 - INSCRIÇÃO ESTADUAL		2.3 - CNPJ/CPF		2.4 CNAE		3.2 - INSCRIÇÃO ESTADUAL		3.3 - CNPJ/CPF		3.4 CNAE			
2.5 - ENDEREÇO				2.6 - BAIRRO OU DISTRITO				3.5 - ENDEREÇO				3.6 - BAIRRO OU DISTRITO	
2.7 - CEP	2.8 - MUNICÍPIO		2.9 - UF		2.10 - TELEFONE		3.7 - CEP	3.8 - MUNICÍPIO		3.9 - UF		3.10 - TELEFONE	
4. DOCUMENTO DE IMPORTAÇÃO: DI ( ) DSI ( ) DA ( )													
4.1 NÚMERO		4.2 DATA DO REGISTRO		4.3 VALOR CIF(VMLD) EM R\$		4.4 NOME RECINTO ALFANDEGADO		4.5 CÓD. RECINTO ALFANDEGADO		4.6 UF DESEMBARÇO			
5 - PRODUTOS SEM RECOLHIMENTO DO ICMS													
Solicitamos a liberação das mercadorias ou bens abaixo descritos, sem a comprovação do recolhimento do ICMS. Estamos cientes de que o tratamento tributário está sujeito à reexame e confirmação.													
5.1 ADIÇÃO Nº	5.2 CLASSE TARIFÁRIA (NCM)		5.3 TRATAMENTO TRIBUTÁRIO DO ICMS**		5.4 FUNDAMENTO LEGAL (Lei, Lei Complementar, Convênio, Decreto, Processo, Ato Concessório, etc.)					5.5 VALOR ADUANEIRO DA ADIÇÃO EM R\$			
6 REPRESENTANTE LEGAL OU PROCURADOR (Nome, CPF, Endereço, CEP, Telefone, E-mail e Assinatura)						7. VISTO DO FISCO DA UNIDADE FEDERADA DO IMPORTADOR							
<hr/> ASSINATURA						<hr/> DEFERIDA A SOLICITAÇÃO - DATA E CARIMBO							
8. REGISTRO DA ENTREGA DA(S) MERCADORIA(S) PELO DEPOSITÁRIO DO RECINTO ALFANDEGADO						9. OBSERVAÇÕES DO FISCO							
<hr/> NOME/CPF/DATA													

\* Preencher caso seja diverso do importador

\*\* TRATAMENTO TRIBUTÁRIO = preencher com: 1- drawback; 2- regime especial, 3- diferimento, 4- isenção, 5- não-incidência/imunidade, 6- outros (especificar no campo Fundamento Legal)

**ANEXO XXIV  
IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO  
(Item 46, Nota 11 da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO				
01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1				
Nome			CPF	
			CNH	
02 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail
03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2				
Nome			CPF	
			CNH	
04 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail
05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3				
Nome			CPF	
			CNH	
06 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail

DECLARAM O REQUERENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, E O(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S) SEREM AUTÊNTICAS E VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

Identificação	Assinatura
Requerente/Representante Legal	
Condutor Autorizado	
Condutor Autorizado	
Condutor Autorizado	



**INSTRUÇÕES  
AUTISMO  
(Transtorno Autista e Autismo Atípico)**

Critérios Diagnósticos. *(baseado no DSM - IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças - (CID 10)*

**I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0)**

Preenchimento do Eixo A e B

Eixo A - Preencher um total de seis ou mais dos seguintes itens observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item, ou seja:

- (1) Comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
  - comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
  - fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
  - ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
  - ausência de reciprocidade social ou emocional;
- (2) Comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:
  - atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhamento por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
  - em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;
  - uso estereotipado e repetitivo da linguagem idiossincrática;
  - ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento;
- (3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
  - preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;
  - adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais;
  - maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);
  - preocupação persistente com partes de objetos.

Eixo B - Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

**II - AUTISMO ATÍPICO (F 84.1)**

No autismo atípico o desenvolvimento anormal e/ou comprometimento pode se manifestar pela primeira vez depois da idade de três anos; e/ou há anormalidades demonstráveis insuficientes em uma ou duas das três áreas de psicopatologia requeridas para o diagnóstico de autismo (a saber, interações sociais recíprocas, comunicação e comportamento restrito, estereotipado e repetitivo) a despeito de anormalidades características em outra (s) área(s).

Para o diagnóstico de Autismo Atípico, os critérios sintomatológicos são semelhantes aos do Transtorno Autista, ou seja: desenvolvimento anormal ou alterado manifestado na primeira infância nas seguintes áreas do desenvolvimento: interações sociais, comunicação e comportamento. Porém pode apresentar-se com menor grau de comprometimento e ou associado a outras condições médicas.

a) é necessária a presença de pelo menos um critério sintomatológico para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social

b) comprometimento qualitativo da interação social, manifestado pelos seguintes aspectos:

- comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
- fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
- ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
- ausência de reciprocidade social ou emocional.

c) pode haver ausência dos critérios sintomatológicos em uma das áreas da comunicação e/ou de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades;

d) o início dos sintomas pode se manifestar até os cinco anos de idade.

## ANEXO XXVI

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**  
**(Item 46, Nota 6, caput da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Identidade nº: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____
Fone: _____	Email: _____	
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		
Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)	



Deficiência física* Deficiência visual* *observar as instruções deste anexo. OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.		Descrição detalhada da deficiência:
Nome: _____ _____ Endereço: _____ _____ _____	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável

## ANEXO XXVII

## LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA)

(Item 46, Nota 8, *caput* da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino	Feminino	
Identidade nº: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	Email: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS nº 38, de 30 de março de 2012, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

 Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

 Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:
-------------------------------------

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM Nome: _____ Endereço: _____ _____	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP Nome: _____ Endereço: _____ _____	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável
---	---	---



**ANEXO XXX  
LIVRO DE MOVIMENTAÇÃO DE COMBUSTÍVEIS (LMC)  
(Artigo 56, VII do Anexo XIII do RICMS/RO)**

Livro de Movimentação de Combustíveis (LMC)							fl. nº
1) Produto:					2) Data: / /		
3) Estoque de Abertura (Medição no Início do Dia)							
TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	3.1) Estoque Abertura	
4) Volume Recebido no Dia (em litros)				4.1) Nº TQ. Descarga		4.2) Volume Recebido	
Nota Fiscal nº		de / /					
Nota Fiscal nº		de / /					
Nota Fiscal nº		de / /					
				4.3) Total Recebido			
5) Volume Vendido no Dia (em litros)				4.4) Vol. Disponível (3.1 + 4.3)			
5.1) TQ.	5.2) Bico	5.3) + Fechamento	5.4) - Abertura	5.5) - Aferições		5.6) = Vendas Bico	
10) Valor das Vendas (R\$)			5.7) Vendas no Dia				
10.1) Valor de Vendas do Dia (5.7 x Preço Bomba)				6) Estoque Escritural (4.4 - 5.7)			
10.2) Valor Acumulado Mês				7) Estoque de Fechamento (9.1)			
11) Para uso do Revendedor			8) - Perdas + Ganhos (*)				
13) Observações			12) Destinado à Fiscalização				
			ANP				
			OUTROS ÓRGÃOS FISCAIS				
Conciliação dos Estoques							
	TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	TQ)	TOTAL
9) Fechamento Físico							9.1)

(\*) Atenção: se o resultado for negativo, pode estar havendo vazamento de produto para o meio ambiente.





**ANEXO XXXV**  
**LIVRO REGISTRO DE CONTROLE DA PRODUÇÃO E DO ESTOQUE (RECOPE) - Modelo 3**  
**(Artigo 56, III do Anexo XIII do RICMS/RO)**

REGISTRO DE CONTROLE DA PRODUÇÃO E DO ESTOQUE											RECOPE - MODELO P3		(a) CÓDIGOS DE ENTRADAS E SAÍDAS	
FIRMA:														
INSCR. ESTADUAL:				CNPJ:									1 - NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	
FOLHA:				MÊS OU PERÍODO/ANO:									2 - EM OUTRO ESTABELECIMENTO	
PRODUTO:				UNIDADE:			CLASSIFICAÇÃO FISCAL:						3 - DIVERSAS	
DOCUMENTO				LANÇAMENTO			ENTRADAS E SAÍDAS					ESTOQUE	OBSERVAÇÕES	
ESPÉCIE	SÉRIE SUBSÉRIE	NÚMERO	DATA	DIA	CODIFICAÇÃO		E/S	CÓD. (a)	QUANTIDADE	VALOR	IPI			
					CONTÁBIL	FISCAL								
XXXXX	XXX	999999	99/99/99	99	XXXXXX	9.99	X	9	99.999.999,99	9.999.999,99	9.999.999,99			
XXXXX	XXX	999999	99/99/99	99	XXXXXX	9.99	X	9	99.999.999,99	9.999.999,99	9.999.999,99			
		* SUB TOTAL		99			E		99.999.999,99					
							S		99.999.999,99			99.999.999,99		
		* SUB TOTAL		99			E		99.999.999,99					
							S		99.999.999,99			99.999.999,99		
	* TOTAL DO PERÍODO						E		99.999.999,99					
							S		99.999.999,99			99.999.999,99		

**ANEXO XXXVI**  
**LIVRO REGISTRO DE ENTRADAS (RE) - Modelo 1**

(Artigo 56, I do Anexo XIII do RICMS/RO)

REGISTRO DE ENTRADAS										RE - MODELO P1			(a) CÓDIGOS DE VALORES FISCAIS			OBS.
FIRMA:										1. OPERAÇÕES COM CRÉDITO DE IMPOSTO			2. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO			
INSCR. ESTADUAL:										- ISENTAS OU NÃO TRIBUTADAS			3. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO			
CNPJ:										- OUTRAS						
FOLHA:																
MÊS OU PERÍODO/ANO:																
DATA DE ENTRADA	DOCUMENTOS FISCAIS					VALOR CONTÁBIL	CODIFICAÇÃO		ICMS - VALORES FISCAIS				IPI - VALORES FISCAIS			
	ESPÉCIE	SÉRIE SUBSÉRIE	NÚMERO	DATA DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO EMITENTE		CONTÁBIL	FISCAL	CÓD. (a)	BASE DE CÁLCULO OU VALOR DA OPERAÇÃO	ALÍQ.	IMPOSTO CREDITADO	CÓD. (a)	BASE DE CÁLCULO OU VALOR DA OPERAÇÃO	IMPOSTO CREDITADO	
99/99/99	XXXXX	XXX	999999	99/99/99	XXXXXXXXXX	99.999.999,99	XXXXXX	9.99	9	99.999.999,99	99,9	9.999.999,99	9	99.999.999,99	9.999.999,99	
								TOTAL	1	99.999.999,99		9.999.999,99	1	99.999.999,99	9.999.999,99	
									2	99.999.999,99			2	99.999.999,99		
									3	99.999.999,99			3	99.999.999,99		

**ANEXO XXXVII  
LIVRO REGISTRO DE ENTRADAS (RE) - Modelo 1-A**

(Artigo 56, II do Anexo XIII do RICMS/RO)

REGISTRO DE ENTRADAS										RE - MODELO P1/A		(a) CÓDIGOS DE VALORES FISCAIS			OBS.
FIRMA:										1. OPERAÇÕES COM CRÉDITO DE IMPOSTO					
INSCR. ESTADUAL:                      CNPJ:										2. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO					
FOLHA:                                      MÊS OU PERÍODO/ANO:										- ISENTAS OU NÃO TRIBUTADAS					
										3. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO					
										- OUTRAS					
DATA DE ENTRADA	DOCUMENTOS FISCAIS					VALOR CONTÁBIL	CODIFICAÇÃO		VALORES FISCAIS					OBS.	
	ESPÉCIE	SÉRIE SUBSÉRIE	NÚMERO	DATA DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO EMITENTE		CONTÁBIL	FISCAL	ICMS/IPI	CÓD. (a)	BASE DE CÁLCULO OU VALOR DA OPERAÇÃO	ALÍQ.	IMPOSTO CREDITADO		
99/99/99	XXXXX	XXX	999999	99/99/99	XXXXXXXXXX	99.999.999,99	XXXXXX	9.99	ICMS	9	99.999.999,99	99,9	9.999.999,99		
									IPI	9	99.999.999,99		9.999.999,99		
								TOTAL	ICMS	1	99.999.999,99		9.999.999,99		
										2	99.999.999,99				
										3	99.999.999,99				
								TOTAL	IPI	1	99.999.999,99		9.999.999,99		
										2	99.999.999,99				
										3	99.999.999,99				



**ANEXO XXXIX**  
**LIVRO REGISTRO DE INVENTÁRIO (RI) - Modelo 7**  
**(Artigo 56, VI do Anexo XIII do RICMS/RO)**

REGISTRO DE INVENTÁRIO				RI - MODELO P7	
FIRMA:					
INSCR. ESTADUAL:		CNPJ:			
FOLHA:		ESTOQUES EXISTENTES EM:			
CLASSIFICAÇÃO FISCAL	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALORES	
				UNITÁRIO	TOTAL
XX XX XX XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	999.999.999	999.999,99	999.999.999,99



**ANEXO XLI  
MEMORANDO-EXPORTAÇÃO  
(Artigo 146, *caput* do Anexo X do RICMS/RO)**

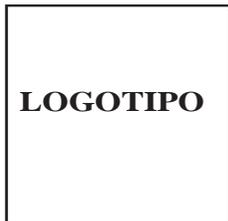
MEMORANDO-EXPORTAÇÃO Nº _____			
EXPORTADOR			
RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
INSC. ESTADUAL:		CNPJ:	
DADOS DA EXPORTAÇÃO			
CHAVE DE ACESSO DA NOTA FISCAL:		NOTA FISCAL Nº	DATA DE EMISSÃO:
DECLARAÇÃO DE EXPORTAÇÃO Nº			
REGISTRO DE EXPORTAÇÃO Nº			
CONHECIMENTO DE EMBARQUE Nº		DATA DE EMBARQUE:	
DISCRIMINAÇÃO DOS PRODUTOS EXPORTADOS			
QTDE	UNID	NCM	DESCRIÇÃO
REMETENTE COM FIM ESPECÍFICO DE EXPORTAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		CNPJ:	
DADOS DOS DOCUMENTOS FISCAIS DE REMESSA			
CHAVE DE ACESSO DA NOTA FISCAL		NOTA FISCAL N.º	DATA DE EMISSÃO
REPRESENTANTE LEGAL DO EXPORTADOR/RESPONSÁVEL			
NOME		DATA DA EMISSÃO	ASSINATURA

**ANEXO XLII  
NOTA FISCAL (Modelo 1)**

(Artigo 1º, I do Anexo XIII do RICMS/RO)

NOTA FISCAL Nº

EMITENTE



NOME / RAZÃO SOCIAL

 SAÍDA  ENTRADA

000.000

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

MUNICÍPIO

UF

1ª VIA

FONE / FAX

CEP

DESTINATÁRIO /

CNPJ

REMETENTE

NATUREZA DA OPERAÇÃO

CFOP

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA LIMITE PARA EMISSÃO

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF

DATA DA EMISSÃO

ENDEREÇO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

FONE / FAX

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

**FATURA****DADOS DO PRODUTO**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CLASSIFICAÇÃO FISCAL	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALIQUOTAS		VALOR DO IPI
								ICMS	IPI	

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ASSESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1 EMITENTE <input type="checkbox"/> 2 DESTINATÁRIO		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO	Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO <b>000.000</b>
----------------------------	--------------------	--

DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR

RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO	<b>NOTA FISCAL Nº 000.000</b>
DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**ANEXO XLIII  
Nota Fiscal (Modelo 1-A)**

<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>	<b>DADOS ADICIONAIS</b>	<b>EMITENTE</b>		<b>NOTA FISCAL</b>	<b>N.º</b>					
		<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA			<b>000.000</b>					
		NOME / RAZÃO SOCIAL  ENDEREÇO MUNICÍPIO FONE/FAX	BARRO / DISTRITO  UF  CEP							
		NATUREZA DA OPERAÇÃO    CFOP    INSC ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIB    INSCRIÇÃO ESTADUAL			1º VIA DESTINATÁRIO/REMETENTE DATA LIMITE PARA EMISSÃO  <b>00.00.00</b>					
		<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>								
		NOME/RAZÃO SOCIAL    CNPJ OU CPF ENDEREÇO    BAIRRO/DISTRITO    CEP MUNICÍPIO    FONE/FAX    UF    INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DA EMISSÃO DATA DA HORA DA SAÍDA						
		<b>FATURA</b>								
<b>DADOS DO PRODUTO</b>										
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CLASSIFICAÇÃO FISCAL	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTAS		VALOR DO IPI
								ICMS	IPI	
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>						<b>DADOS ADICIONAIS</b>				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		RESERVADO AO FISCO  N.º DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000				
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA						
<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>										
NOME/RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1. EMITENTE <input type="checkbox"/> 2. DESTINATÁRIO		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL				
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO					
DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR						Autenticação Mecânica				
RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO						<b>NOTA FISCAL</b>  N.º 000.000				
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR								

ANEXO XLIV  
Nota Fiscal de Produtor (Modelo 4)

 <b>GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA	CARIMBO PADRONIZADO COM DADOS DO EMITENTE:	<b>NOTA FISCAL DE PRODUTOR</b> <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA	Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO  <b>000.000</b>		
NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL	1º VIA DESTINATÁRIO DATA LIMITE PARA EMISSÃO		
<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>					
NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ OU CPF	DATA DA EMISSÃO		
ENDEREÇO		DATA DA SAÍDA/ENTRADA			
MUNICÍPIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA		
<b>DADOS DO PRODUTO</b>					
DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQ. ICMS
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
GUIA DE RECOLHIMENTO (Nº AUTENTICAÇÃO E DATA)	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR TOTAL DA NOTA		
<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME/RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1. EMITENTE <input type="checkbox"/> 2. DESTINATÁRIO	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
<b>DADOS ADICIONAIS</b>					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				VALIDAÇÃO (PARA USO DO FISCO)	
Esta Nota Fiscal só é válida para emissão após numerada e efetuada fixação do "Selo de Autenticidade" no campo Validação, pelo Fisco rondoniense				NÚMERO DA NOTA FISCAL (PARA USO DO FISCO)	



**ANEXO XLVII**  
**NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (Modelo 6)**  
(Artigo 1º, III do Anexo XIII do RICMS/RO)

NOME DO EMITENTE:		NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		
ENDEREÇO:				
CNPJ E INSCR. ESTADUAL:				
DESTINATÁRIO:	NOTA FISCAL Nº.:			
ENDEREÇO:	SÉRIE / SUBSÉRIE:			
INSCR. ESTADUAL:	DATA DA LEITURA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	
CNPJ / CPF:				
ESPECIFICAÇÃO		CONSUMO / DEMANDA	VALOR R\$	
VALOR TOTAL		BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ICMS
RESERVADO AO FISCO				

**ANEXO XLVIII**  
**ORDEM DE COLETA DE CARGA (Modelo 20)**  
(Artigo 1º, IX do Anexo XIII do RICMS/RO)

<b>ORDEM DE COLETA DE CARGA</b>			<b>(AUTENTICAÇÃO)</b>
Nº 000.000	Série-Subsérie	Via	
NOME DO EMITENTE		NOME DA EMPRESA OU PESSOA REMETENTE	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
CNPJ	INSC. ESTADUAL	CNPJ	INSC. ESTADUAL
DESCRIÇÃO DA CARGA A SER COLETADA			
QUANTIDADE OU VOLUME	ESPÉCIE DO VOLUME OU MERCADORIA		Nº e DATA Doc. FISCAL
LOCAL	DATA	ASS. DO RECEBEDOR	

Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão;  
nº de ordem do primeiro e do último documento impressos e suas série e subsérie.



**ANEXO L**

Relatório de Movimentação de Álcool Carburante e de Biodiesel B100 com Destino à ZFM e em Trânsito pelo Estado de Rondônia  
(Artigo 375, § 11 do Anexo X do RICMS/RO)

PERÍODO:		PRODUTO:		FOLHA:	
----------	--	----------	--	--------	--

**DADOS DA DISTRIBUIDORA EMITENTE DO RELATÓRIO**

CNPJ:		INSCR. EST.	
RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:		UF:	

**DADOS DA DISTRIBUIDORA DEPOSITANTE DO COMBUSTÍVEL LOCALIZADA NA ZFM**

CNPJ:		INSCR. EST.	
RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:		UF:	

**DADOS DA DISTRIBUIDORA DEPOSITÁRIA DO COMBUSTÍVEL LOCALIZADA EM RONDÔNIA**

CNPJ:		INSCR. EST.	
RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:		UF:	

**QUADRO 1 - MOVIMENTAÇÃO DE COMBUSTÍVEL DO PERÍODO (Em Litros)**

HISTÓRICO	VOLUME - TEMP. AMBIENTE	VOLUME - 20° C
Estoque Inicial do Depositante Armazenado em RO		
( + ) Quantidade de Combustível Armazenado no Período		
( - ) Quantidade de Combustível Transferido para a ZFM		
(+/-) Ganhos / Perdas		
(=) Estoque Final do Depositante Armazenado em RO		
( + ) Saldo Final Pertencente ao Emitente e Armazenado no Depositário em RO		
( = ) Estoque Final Armazenado no Depositário em RO		

**QUADRO 2 - RELAÇÃO DE COMBUSTÍVEL COM DESTINO À ZFM ARMAZENADO NO DEPOSITÁRIO EM RO**

NF	Data de Emissão	CNPJ Remetente	Razão Social	Quantidade Temp Ambiente	Quantidade 20° C	Nº Termo de Lacre	Data de Embarque
TOTAL DO PERÍODO .....							

**QUADRO 3 - RELAÇÃO DAS REMESSAS DE COMBUSTÍVEL PARA A ZFM**

NF	Data de Emissão	CNPJ Remetente	Razão Social	Quantidade Temp Ambiente	Quantidade 20° C	Nº Termo de Lacre	Data de Embarque
TOTAL DO PERÍODO .....							

Declaro, na forma da lei, que as informações contidas neste relatório são a expressão da verdade e que as mesmas foram extraídas dos livros e documentos fiscais		<b>VISTO DA FISCALIZAÇÃO</b>
<b>REPRESENTANTE DO DEPOSITANTE</b>	<b>DISTRIBUIDORA DEPOSITÁRIA</b>	
Responsável Legal: _____ Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____	Responsável Legal: _____ Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____	

**ANEXO LI**  
**Resumo de Movimento Diário (Modelo 18)**  
**(Artigo 1º, VIII do Anexo XIII do RICMS/RO)**

NOME DO ESTABELECIMENTO CENTRALIZADOR			NOME AGÊNCIA, FILIAL OU POSTO		RESUMO DE MOVIMENTO DIÁRIO					(AUTENTICAÇÃO)	
ENDEREÇO			ENDEREÇO		Nº 000.000 SÉRIE-SUBSÉRIE ____ª VIA						
CNPJ INSCR. EST.			CNPJ		NATUREZA DO TRANSPORTE						
DOCUMENTOS EMITIDOS			CÓDIGOS		VALORES COM DÉBITO DO IMPOSTO			VALORES SEM DÉBITO		OBSERVAÇÕES	
TIPO	SÉRIE	NÚMEROS	VALOR CONTÁBIL	CONTÁBIL	FISCAL	BASE CÁLCULO	ALÍQ.	ICMS	ISENTOS E NÃO- TRIBUTADOS		OUTROS
<b>T O T A I S</b>											
Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos e suas série e subsérie.											

**ANEXO LII  
TERMO DE APREENSÃO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS  
(Artigo 184, § 16 do RICMS/RO)**



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

D.R.R.E. \_\_\_\_\_

AR/PF \_\_\_\_\_

TERMO DE APREENSÃO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS

Nº \_\_\_\_\_

HORA	DIA	MÊS	ANO	LOCAL DA APREENSÃO

Empresa ou Transportador \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_  
 Veículo: Marca \_\_\_\_\_ Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_  
 Placa da Carreta: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DO TRANSPORTE/DEPÓSITO: (    ) Sem Documento Fiscal  
 (    ) Com Doc. Fiscal Inidôneo ou não Regulamentar  
 (    ) Com Doc. Fiscal Falso ou Adulterado

CARACTERÍSTICAS DAS MERCADORIAS: (    ) Deteriorável  
 (    ) Não Deteriorável

DESCRIBÇÃO DAS MERCADORIAS E OUTROS BENS APREENDIDOS

QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

De conformidade com o disposto no artigo 184 do RICMS/RO, efetuamos a apreensão das mercadorias e outros bens acima descritos, para fazer prova material de infração à legislação tributária, lavrando concomitantemente o Auto de Infração nº \_\_\_\_\_.

Ressalvamos que, quando for atendida a exigência determinante da apreensão, as referidas mercadorias e outros bens apreendidos poderão ser liberados pelo Chefe da Agência de Rendas ou pelo Auditor Fiscal autuante.

AUDITOR FISCAL DE TRIBUTOS ESTADUAIS

NOME	CADASTRO	ASSINATURA

CONTRIBUINTE/RESPONSÁVEL

DE ACORDO, RECEBI A 2ª VIA DESTE EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ HORAS.

NOME: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
 FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**ANEXO LIII  
TERMO DE DEPÓSITO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS**

**(Artigo 184, 16 do RICMS/RO)**

Em face da impossibilidade de promover a remoção das mercadorias objeto do Termo de Apreensão nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ e do Auto de Infração nº \_\_\_\_\_, e de acordo com o disposto no § 2º do artigo 184 do RICMS/RO, constituímos o Contribuinte abaixo qualificado como DEPOSITÁRIO das referidas mercadorias, abaixo descritas, as quais ficarão sob sua custódia, até a final liberação, o que se dará somente após permissão da autoridade fazendária competente.

Fica o Depositário ciente de que tais mercadorias deverão receber guarda e zelo e, em caso de desaparecimento, extravio total ou parcial das mesmas, responderá penalmente perante o Estado de Rondônia, na forma da legislação em vigor.

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

QUALIFICAÇÃO DO DEPOSITÁRIO: É o autuado? Sim ( ) Não ( )

Razão Social \_\_\_\_\_

End. \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Cad./ICMS \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

Responsável: Nome \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

R.G. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

AUDITOR FISCAL DE TRIBUTOS ESTADUAIS		
NOME	CADASTRO	ASSINATURA

**ANEXO LIV  
TERMO DE LIBERAÇÃO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS  
(Artigo 184, 16 do RICMS/RO)**

Nesta data, efetuamos a liberação das mercadorias e outros bens abaixo descritos, constantes do Termo de Apreensão nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, relativos ao Auto de Infração nº \_\_\_\_\_ ora devolvidos ao seu proprietário por terem sido satisfeitas as exigências legais, conforme justificativa seguinte:

I. ( ) Pela comprovação do pagamento do crédito fiscal através do DARE nº \_\_\_\_\_, datado de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

II. ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

**ANEXO LV  
TERMO DE RECEBIMENTO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS  
(Artigo 186, 16 do RICMS/RO)**

Declaro que, nesta data, recebi em devolução, na mais perfeita ordem, as mercadorias e outros bens abaixo descritos que se achavam apreendidas, conforme Termo de Apreensão nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

R.G. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_