

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)

Autorização para Movimentação de Vasilhames no Centro de Destroca/Base de Engarrafamento (AMV)		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.									
Total		(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:			BILHETE DE PASSAGEM E NOTA DE BAGAGEM	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:	(AUTENTICAÇÃO)
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 ESTABELECIMENTO ESTÁ OBRIGADO A EMITIR NOTA FISCAL



**CRE-COORDENADORIA
DA RECEITA ESTADUAL**


TEL: 0800-69-0013

**GOVERNO DO ESTADO
DE RONDÔNIA**

ANEXO VIII

CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO

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

 <p>anp Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis</p>	<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>												
<p>Nº VIA</p>															
<p>DADOS DA COLETORA NOME Endereço: 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: 60%;">Local</td> <td style="width: 40%;">UF</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data / /</td> </tr> <tr> <td>Óleo automotivo</td> <td>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>		Local	UF	Data / /		Óleo automotivo	LITROS	Óleo Industrial	LITROS	Outros	LITROS	Soma	LITROS
Local	UF														
Data / /															
Óleo automotivo	LITROS														
Óleo Industrial	LITROS														
Outros	LITROS														
Soma	LITROS														
<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>															
<p>RAZÃO SOCIAL</p>															
<p>RUA (nome nº etc)</p>															
<p>BAIRRO</p>		<p>CIDADE</p>	<p>UF</p>												
<p>CEP</p>		<p>CNPJ Nº</p>													
<p>FONE</p>		<p>FAX</p>													
<p>VEÍCULO PLACA</p>															
<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.																
Total		(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.																
Total		(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.																
Total		(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 as 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.									
Total		(7)				(8)			

**Movimentação de
Vasilhames**

	P2	P13	P20	P45
OM		(9)		
PM		(10)		
Total		(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						
TOTAIS						

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:		

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\$ _____	RECEBI O VALOR DO SERVIÇO DE TRANSPORTE CONFORME DISCRIMINAÇÃO 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.SERVIÇO ORIG/DEST.	Nº G.T.V (GUIA TRANSPORTE VALORES)	CÓDIGO SERVIÇO	VALOR TRANSPOR TADO	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 XX
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONTRIBUINTE COM FABRICAÇÃO DE BENS E MERCADORIAS EM
ESCALA INDUSTRIAL NÃO RELEVANTE**

(Artigo 34, § 3º da Parte 1 do Anexo VI do RICMS/RO)

Razão Social:			
CNPJ:			
Inscrição Estadual:			
Endereço:			
Cidade:		UF:	
CEP:			

O contribuinte acima qualificado declara que é optante pelo regime do Simples Nacional, que possui apenas um estabelecimento e que cumpre todas as condições previstas na cláusula vigésima terceira do Convênio ICMS 52/17, de 07 de abril de 2017, razão pela qual solicita seu credenciamento. Apresenta a relação de suas mercadorias fabricadas em escala industrial não relevante, nos termos do § 8º do art. 13 da Lei Complementar nº 123/06, para fins de inaplicabilidade dos regimes de substituição tributária ou de antecipação do recolhimento do imposto com encerramento de tributação, relativos às operações subsequentes:

Item	CEST	NCM/SH	Descrição da Mercadoria	Marca	Código EAN (se possuir)

_____, ____ de _____ de _____.

Representante Legal:

CPF:

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			

0000000000 0 0000000000 0 0000000000 0 0000000000 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			

0000000000 0 0000000000 0 0000000000 0 0000000000 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			

0000000000 0 0000000000 0 0000000000 0 0000000000 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	

ANEXO XXV
LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (TRANSTORNO AUTISTA E AUTISMO ATÍPICO)
(Item 46, Nota 8, caput da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)			
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:

Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Autismo atípico - F.84.1 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>
--

<p align="center">_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p>	<p align="center">_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p>	<p>Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável: _____</p> <p>_____</p> <p align="center">Assinatura do responsável</p>
---	---	---

**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
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 XXXI
LIVRO DIÁRIO DE ENTRADA (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, "a" do RICMS/RO)**

Nota Fiscal nº	Data	Descrição dos Objetos Recebidos para Leilão	Valor Pretendido

**ANEXO XXXII
LIVRO DIÁRIO DE LEILÕES (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, "e" do RICMS/RO)**

Nota Fiscal nº	Data do Leilão	Autorizado por	Nº do Lote	Nome do Comprador	Valor da Venda
				Total	

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			
FOLHA:										- OUTRAS						
CNPJ:																
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
LOGOTIPO	EMITENTE NOME / RAZÃO SOCIAL		<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA		000.000	
	ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO			
	MUNICÍPIO		UF		1ª VIA	
	FONE / FAX		CEP		DESTINATÁRIO /	
				CNPJ		REMETENTE
NATUREZA DA OPERAÇÃO		CPOP	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
DESTINATÁRIO REMETENTE						DATA LIMITE PARA EMISSÃO
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 000.000
-----------------------------------	---------------------------	--


DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR

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

ANEXO XLIII
Nota Fiscal (Modelo 1-A)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	DADOS ADICIONAIS	EMITENTE		NOTA FISCAL	N.º				
		<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA			000.000				
		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 00.00.00				
	DESTINATÁRIO/REMETENTE				DATA DA EMISSÃO				
	NOME/RAZÃO SOCIAL CNPJ OU CPF				DATA DA				
	ENDEREÇO BAIRRO/DISTRITO CEP				HORA DA SAÍDA				
	MUNICÍPIO FONE/FAX UF INSCRIÇÃO ESTADUAL								
	FATURA								
DADOS DO PRODUTO									
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CLASSIFICAÇÃO FISCAL	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTAS	VALOR DO IPI
								ICMS IPI	
CÁLCULO DO IMPOSTO						DADOS ADICIONAIS			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		RESERVADO AO FISCO Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000			
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	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 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					NOTA FISCAL N.º 000.000				
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR							

ANEXO XLIV
Nota Fiscal de Produtor (Modelo 4)

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA	CARIMBO PADRONIZADO COM DADOS DO EMITENTE: <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	NOTA FISCAL DE PRODUTOR <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA	Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000		
NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ	1º VIA DESTINATÁRIO		
DESTINATÁRIO/REMETENTE		INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA LIMITE PARA EMISSÃO		
NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ OU CPF	DATA DA EMISSÃO		
ENDEREÇO			DATA DA SAÍDA/ENTRADA		
MUNICÍPIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA		
DADOS DO PRODUTO					
DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQ. ICMS
CÁLCULO DO IMPOSTO					
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		
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
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 ADICIONAIS					
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 XLV
Nota Fiscal de Serviço de Comunicação (Modelo 21)

NOME DO EMITENTE ENDEREÇO CNPJ E INSCR. ESTADUAL	(AUTENTICAÇÃO)
	NOTA FISCAL DE SERVIÇO DE COMUNICAÇÃO Nº 000.000 SÉRIE(SUB-SÉRIE) _____ - _____ * VIA NATUREZA DA PRESTAÇÃO: _____ COD.: _____ DATA DA EMISSÃO: ____/____/____

USUÁRIO: _____
 ENDEREÇO: _____
 MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: _____ CNPJ: _____

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO		VALOR
VALOR TOTAL DA PRESTAÇÃO		

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	ALÍQUOTA	VALOR DO ICMS	DATA OU PERÍODO DA PRESTAÇÃO
-------------------------	----------	---------------	------------------------------

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 XLVI
Nota Fiscal de Serviço de Telecomunicação (Modelo 22)

Nome do Emitente: Endereço: CNPJ e Inscr. Estadual:	NOTA FISCAL DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÃO Nº 000.000 - Série _____ - _____ (Subsérie) _____ª Via
---	--

Usuário: Endereço: Município: _____ Inscr. Estadual: _____ UF: _____ CNPJ: _____	CLASSE Nº APARELHO FOLHA CONTRATO VENCIMENTO LOCAL DE PAGAMENTO / /
---	--

SERVIÇO MEDIDO						DISCRIMINAÇÃO		
Data	Hora	Dest. Cód.	Telefone Chamado	Classe	Duração	Valor	TIPO	R\$
							Assinatura	
							Impulsos	
							Interurbanos	
							Diversos	
							Valor Total da Prestação	

DATA LEIT. ANT. / /	DATA LEIT. MÊS / /	CONSUMO	Nº DE SEQUÊNCIA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA %	VALOR DO ICMS
------------------------	-----------------------	---------	-----------------	-----------------	------------	---------------

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 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)

ORDEM DE COLETA DE CARGA			(AUTENTICAÇÃO)		
Nº 000.000	Série-Subsérie	Via			
NOME DO EMITENTE			NOME DA EMPRESA OU PESSOA REMETENTE		
ENDEREÇO			ENDEREÇO		
CNPJ			CNPJ		
INSC. ESTADUAL			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		VISTO DA FISCALIZAÇÃO
REPRESENTANTE DO DEPOSITANTE	DISTRIBUIDORA DEPOSITÁRIA	
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			VALOR CONTÁBIL	CÓDIGOS		VALORES COM DÉBITO DO IMPOSTO			VALORES SEM DÉBITO		OBSERVAÇÕES
TIPO	SÉRIE	NÚMEROS		CONTÁBIL	FISCAL	BASE CÁLCULO	ALÍQ.	ICMS	ISENTOS E NÃO-TRIBUTADOS	OUTROS	
T O T A I S											
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

DESCRIÇÃO 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 _____