



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

INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 017/2018/GAB/CRE
Porto Velho, 30 de abril de 2018.
Publicada no DOE nº 87, de 11.05.18.

Consolidada, alterada pela IN nº:
030, de 02.08.18 – DOE Nº 147, de 13.08.18, e
057, de 16.12.20 – DOE Nº 245, de 16.12.2020.

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)



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

- 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 Pericial - Deficiência Física e/ou Visual (**NR dada pela IN 057/20 – efeitos a partir de 1º.01.2021**)

Redação original: 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.



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

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		
		A		
		A		

OBSERVAÇÕES _____

PEDIDO

DATA: _____ DE _____ DE _____

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO USUÁRIO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO GRÁFICO _____

ENTREGA

DATA: _____ DE _____ DE _____

DOCUMENTO FISCAL _____ SÉRIE E SUBSÉRIE _____

PROCEDIMENTO

NOME DA PESSOA A QUEM FOZ FEITA A ENTREGA: _____

REPARTIÇÃO FISCAL

AUTORIZAMOS

EM _____ DE _____ DE _____



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

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.		NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.	
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	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



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

(32) Tropicás								
(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.



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

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.



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

ANEXO V

BILHETE DE PASSAGEM E NOTA DE BAGAGEM (MODELO 15)

ARTIGO 1º, VI do Anexo XIII do RICMS/RO

Emitido por: CNPJ e Inscrição Estadual: Endossos e Restrições:	BILHETE DE PASSAGEM E NOTA DE BAGAGEM	Origem/Destino: Uso do Transportador: _____ Emitido em _____ Troca de: _____	Nº 000.000 SÉRIE - SUBSÉRIE _____ ^a VIA							
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.										



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

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

Nome do Emitente: Endereço: CNPJ: Insc. Estadual:	(AUTENTICAÇÃO)
--	----------------

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.



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

ANEXO VII

CARTAZ DE AVISO DA OBRIGATORIEDADE DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL

(Artigo 67, *caput* do Anexo XIII do RICMS/RO)

ARTIGO 67, CAPUT DO ANEXO XIII DO REGULAMENTO DO ICMS/RO, APROVADO PELO DEC. 22721, DE 05/04/18

**ESTE ESTABELECIMENTO
ESTÁ OBRIGADO A EMITIR
NOTA FISCAL**



GOVERNO DO ESTADO
DE RONDÔNIA

**CRE - COORDENADORIA
DA RECEITA ESTADUAL**

TEL: 0800-69-0013



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

ANEXO VIII

CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO
(Artigo 418, *caput* do Anexo X do RICMS/RO)

	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"	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.	LOGOMARCA COLETOR
	Nº VIA		
DADOS DA COLETORA		CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO OU CONTAMINADO nº _____	
NOME			
Endereço:		Local	
Autorização na ANP nº		UF	
		Data / /	
Substância que apresenta risco para o meio ambiente, líquida, NE. Óleo lubrificante usado e ou contaminado grupo embalagem: III		Óleo automotivo	LITROS
		Óleo Industrial	LITROS
Declaramos haver coletado o volume de óleo lubrificante usado ou contaminado, conforme discriminado ao lado, do gerador abaixo identificado		Outros	LITROS
		Soma	LITROS
RAZÃO SOCIAL			
RUA (nome nº etc)			
BAIRRO		CIDADE	UF
CEP		CNPJ Nº	
FONE		FAX	
VEÍCULO PLACA			
_____ Nome, Assinatura do Gerador (Detentor)		_____ Nome, Assinatura do Coletor	



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

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)



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

**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.



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



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

**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.



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

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)						



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

**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.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL
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: <input type="text"/> (2)					
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)



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

**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 vasilhame 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.



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

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	



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

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:



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

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.....”



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

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						



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

ANEXO XVII

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

NOME DO EMITENTE: ENDEREÇO: CNPJ:		INSC. ESTADUAL:		Nº	SÉRIE SUBSÉRIE	VIA
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				
Reembolso INSS.....	R\$	CONFORME DISCRIMINAÇÃO				
IRF.....	R\$	Local:				
ICMS Retido.....	R\$	Data ____ / ____ / ____				
Líquido a Pagar.....	R\$	Assinatura:				

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.



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

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.) %	



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

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														
PLACA, LOCAL E ESTADO DO VEÍCULO						RECEBIDO POR		DATA	HORA	ENTREGUE A		DATA	HORA		
INORMAÇÕES COMPLEMENTARES						DADOS DA IMPRESSORA E DA IMPRESSÃO									

26cm

11cm



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

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	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Data de Vencimento	
Endereço: Município: CEP:	UF: DDD/Telefone:	Nº do Documento de Origem	
Dados do Destinatário		Período de Referência	Nº Parcela
CNPJ/CPF/Insc. Est.: Município:	Valor Principal		
Informações à Fiscalização		Atualização Monetária	
Convênio / Protocolo: Produto:	Juros		
Informações Complementares		Multa	
Documento válido para pagamento até		Total a Recolher	
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	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Data de Vencimento	
Endereço: Município: CEP:	UF: DDD/Telefone:	Nº do Documento de Origem	
Dados do Destinatário		Período de Referência	Nº Parcela
CNPJ/CPF/Insc. Est.: Município:	Valor Principal		
Informações à Fiscalização		Atualização Monetária	
Convênio / Protocolo: Produto:	Juros		
Informações Complementares		Multa	
Documento válido para pagamento até		Total a Recolher	
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	
Razão Social	CNPJ/CPF/Insc. Est.	Data de Vencimento	
Endereço: Município: CEP:	UF: DDD/Telefone:	Nº do Documento de Origem	
Dados do Destinatário		Período de Referência	Nº Parcela
CNPJ/CPF/Insc. Est.: Município:	Valor Principal		
Informações à Fiscalização		Atualização Monetária	
Convênio / Protocolo: Produto:	Juros		
Informações Complementares		Multa	
Documento válido para pagamento até		Total a Recolher	
0000000000 0 0000000000 0 0000000000 0 0000000000 0		3ª via Contribuinte/Fisco	

Autenticação



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

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 DESEMBARAÇO	
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				
_____ ASSINATURA						_____ DEFERIDA A SOLICITAÇÃO - DATA E CARIMBO				
8. REGISTRO DA ENTREGA DA(S) MERCADORIA(S) PELO DEPOSITÁRIO DO RECINTO ALFANDEGADO						9. OBSERVAÇÕES DO FISCO				
_____ 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)										



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



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

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:

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



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

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 umas 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,



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

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.



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

(NR dada pela IN nº. 57/20 – efeitos a partir de 1º.01.2021)

ANEXO XXVI

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

Laudo Pericial			
Deficiência Física e/ou Visual			
			Data de emissão: ____ / ____ / ____
1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome:			
Data de Nascimento:	Sexo:	Masculino	Feminino
Identidade nº :	Órgão Emissor:	UF:	
Mãe:			
Pai:			
Responsável (Representante legal):			
2. LAUDO PERICIAL			
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12 que o requerente retroqualificado tem a deficiência abaixo assinalada:			
Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10		
	(Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas)		
Deficiência Física (*)	Patologias:	Sequelas:	
Deficiência Visual (*)	Patologias:	Sequelas:	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo			
O periciado apresenta:			
1. déficit funcional em membro			
() superior esquerdo			
() superior direito			
() inferior esquerdo			
() inferior direito, com limitação dos movimentos de:			
2. decorrente de:			
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM		
Especialidade			
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e		



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

Laudo Pericial	
Especialidade	Registro CRM
Unidade Emissora do Laudo	
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	

Informações Complementares - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
Nome			CPF	
DEFICIÊNCIA FÍSICA				
Pessoa com Deficiência Física IV				
O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, na qual se constatou que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o mesmo possui deficiência física ^{IV} no(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano: (Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)				
Cabeça	Pescoço	Tronco	Membros Inferiores	Membros Superiores
A(s) alteração(ões) acima acarreta(m) o comprometimento da função física do segmento afetado, representando uma perda ou anormalidade que gera:				
	incapacidade total para dirigir veículo automotor			
	incapacidade parcial para dirigir veículo automotor convencional, exigindo as seguintes adequações de acordo com o anexo XV da Resolução Contran nº 425/12:			
() C () D () E () F () G () H () I () J () K				
() L () M () N () O () P () Q () R () S				
Outra – especificar detalhadamente:				
apresentando-se sob a forma de (Assinalar ao menos uma das formas abaixo):				
Paraplegia	Monoparesia	Triplegia	Hemiparesia	Paralisia Cerebral



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

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Paraparesia	Tetraplegia	Triparesia	Hemiplegia	Nanismo
Monoplegia	Tetraparesia	Amputação ou Ausência de Membro		

Membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, sendo que tal deformidade não é de origem estética e resulta em dificuldade para o desempenho das funções do membro deformado, representando uma perda ou anormalidade que gera incapacidade(III) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.

2. DEFICIÊNCIA VISUAL

Pessoa com Deficiência Visual

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o interessado tem deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condição(ões):

	Acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção
	Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).

3. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados

	Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Eletroneuromiografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	_____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
	_____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__



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

3. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 (dez) anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e em representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

5. ASSINATURA

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Credenciada Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Credenciada Emissora do Laudo	

INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS PERICIAIS PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, Convênio ICMS 28/2012 e CID-10)

Definições:



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

I - Deficiência⁽¹⁾: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II - Deficiência permanente: a que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III - Incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV - Deficiência física⁽²⁾: aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, alcançando, tão somente, as deficiências de grau moderado ou grave, assim entendidas aquelas que causem comprometimento parcial ou total das funções dos segmentos corpóreos que envolvam a segurança da direção veicular, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, 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.

V- Deficiência visual⁽²⁾: acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (Tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, incluído pela Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003).

Importante:

1. A deficiência deve ser atestada por equipe (**dois médicos**) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Credenciada Emissora do Laudo.
2. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das formas de deficiência física (item IV) ou visual (item V).

Redação anterior:
ANEXO XXVI

(NR dada pela IN n. 30, de 02.08.18 – efeitos a partir de 25.07.18)

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



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

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 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. 1. 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, 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. 2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.		Descrição detalhada da deficiência:	



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

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

**Redação original:
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:	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 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:			



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

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
(NR dada pela IN n. 30, de 02.08.18 – efeitos a partir de 25.07.18)
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: ____/____/____



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

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 da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.

Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.

Descrição detalhada da deficiência:

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



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

**Redação Anterior:
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 <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
Identidade nº: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			



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

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:

<p>_____</p> <p>Assinatura Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>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>Assinatura do responsável</p>
---	---	--

**ANEXO XXVIII
LEIAUTE PARA FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES -
ESTORNO DE ICMS DE ENERGIA ELÉTRICA
(Artigo 460, § 1º, I do Anexo X do RICMS/RO)**

Nº	Conteúdo	Tamanho	Inicial	Final	Formato
01	Número NF/CEE	9	1	9	N
02	Série	3	10	12	X
03	Data de emissão	8	13	20	N
04	Data de vencimento	8	21	28	N
05	CNPJ ou CPF	14	29	42	N
06	Código de identificação do consumidor	12	43	54	X
07	Valor Total (com duas casas decimais)	12	55	66	N



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

08	BC ICMS (com duas casas decimais)	12	67	78	N
09	ICMS destacado (com 2 casas decimais)	12	79	90	N
10	ICMS correspondente ao estorno (com duas casas decimais)	12	91	102	N
11	Número da NF/CEE emitida em substituição	9	103	111	N
12	Motivo determinante do estorno	20	112	151	X

Observações:

O Formato dos campos será:

a) Numérico (N), sem sinal, não compactado, alinhado à direita, suprimidos a vírgula e os pontos decimais, com as posições não significativas zeradas;

b) Alfanuméricos (X), alinhado à esquerda, com as posições não significativas em branco.

Preenchimento dos campos:

a) Numérico - na ausência de informação, os campos deverão ser preenchidos com zeros;

b) Alfanuméricos - na ausência de informação, os campos deverão ser preenchidos com espaços em brancos.

Alternativamente, o arquivo magnético poderá ser do tipo Microsoft Excel, seguindo, nas colunas da planilha, o padrão estabelecido para cada campo dos respectivos registros, sendo que os campos relativos a valores deverão ter separador de centavos delimitado por vírgula, com duas casas decimais.

ANEXO XXIX
LIVRO CONTAS CORRENTES (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, “c” do RICMS/RO)

Nota Fiscal nº	Data do Leilão	Valor do Lote	Despesas do Leilão	Valor Líquido	Total por Comitente



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

**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	/	/			



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

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



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

**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



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

ANEXO XXXIV

**LIVRO PROTOCOLO (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, "d" do RICMS/RO)**

Nome do Comitente	Conta de Venda Referente à Nota Fiscal nº	Data da Entrega da Conta de Venda	Assinatura do Comitente



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL
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:													1 - NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO 2 - EM OUTRO ESTABELECIMENTO 3 - DIVERSAS	
INSCR. ESTADUAL:				CNPJ:										
FOLHA:				MÊS OU PERÍODO/ANO:										
PRODUTO:				UNIDADE:			CLASSIFICAÇÃO FISCAL:							
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			99.999.999,99		
		* SUB TOTAL		99			S		99.999.999,99			99.999.999,99		
		* TOTAL DO PERÍODO					E		99.999.999,99			99.999.999,99		
		* TOTAL DO PERÍODO					S		99.999.999,99			99.999.999,99		



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL
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			
FIRMA:										1. OPERAÇÕES COM CRÉDITO DE IMPOSTO						
INSCR. ESTADUAL:										2. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO - ISENTAS OU NÃO TRIBUTADAS						
FOLHA:										3. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO - OUTRAS						
CNPJ:																
MÊS OU PERÍODO/ANO:																
DATA DE ENTRADA	DOCUMENTOS FISCAIS					VALOR CONTÁBIL	CODIFICAÇÃO		ICMS - VALORES FISCAIS				IPI - VALORES FISCAIS			OBS.
	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		



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

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:		CNPJ:			
INSCR. ESTADUAL:		ESTOQUES EXISTENTES EM:			
FOLHA:					
CLASSIFICAÇÃO FISCAL	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALORES	
				UNITÁRIO	TOTAL
XX XX XX XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	999.999.999	999.999,99	999.999.999,99



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

**ANEXO XLII
NOTA FISCAL (Modelo 1)
(Artigo 1º, I do Anexo XIII do RICMS/RO)**

EMITENTE		NOTA FISCAL			Nº						
LOGOTIPO	NOME / RAZÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA		000.000							
	ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO									
	MUNICÍPIO	UF			1ª VIA						
	FONE / FAX	CEP			DESTINATÁRIO /						
NATUREZA DA OPERAÇÃO		CFOP	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ	REMETENTE						
DESTINATÁRIO REMETENTE				INSCRIÇÃO ESTADUAL	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	ALÍQUOTAS		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 2 DESTINATÁRIO	<input type="checkbox"/>	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF		
ENDEREÇO					MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL				
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO						
DADOS ADICIONAIS											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					RESERVADO AO FISCO				Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO		
									000.000		
DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR											
					AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						
RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO				NOTA FISCAL							
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			Nº 000.000							



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

ANEXO XLIII
Nota Fiscal (Modelo 1-A)

DADOS ADICIONAIS		EMITENTE		NOTA FISCAL		N.º				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		LOGOTIPO		NOME / RAZÃO SOCIAL		<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA				
		ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		000.000				
		MUNICÍPIO		UF		1ª VIA DESTINATÁRIO/ REMETENTE				
		FONE/FAX		CEP		DATA LIMITE PARA EMIÇÃO				
		NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ		00.00.00				
		CFOP		INSC ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIB		DATA DA EMISSÃO				
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		CNPJ OU CPF		DATA DA				
		DESTINATÁRIO/REMETENTE		NOME/RAZÃO SOCIAL		HORA DA SAÍDA				
		ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO						
		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				
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		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF			
1. EMITENTE			2. DESTINATÁRIO							
ENDEREÇO			MUNICÍPIO				INSCRIÇÃO ESTADUAL			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO		PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO				
DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR										
RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO					NOTA FISCAL					
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			N.º 000.000					
					Autenticação Mecânica					



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

ANEXO XLIV
Nota Fiscal de Produtor (Modelo 4)

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA	CARIMBO PADRONIZADO COM DADOS DO EMITENTE:	NOTA FISCAL DE PRODUTOR <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA		Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000		
		CNPJ		1ª VIA DESTINATÁRIO		
NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA LIMITE PARA EMISSÃO			
DESTINATÁRIO/REMETENTE			CNPJ OU CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ OU CPF		DATA DA SAÍDA/ENTRADA	
ENDEREÇO			INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA	
MUNICÍPIO			INSCRIÇÃO ESTADUAL			
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 2. DESTINATÁRIO		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
DADOS ADICIONAIS					VALIDAÇÃO (PARA USO DO FISCO)	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES						
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)		
DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR						



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

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: CNPJ:	Inscr. Estadual: UF:	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.



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



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

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: ____ / ____ / ____			



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

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.



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

**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: _____

