



**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.

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)



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

- 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.



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 | | |
| | | 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 FOR FEITA A ENTREGA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

ASSINATURA

REPARTIÇÃO FISCAL

AUTORIZAMOS

EM _____ DE _____ DE _____

Assinatura e Carimbo da Autoridade Competente



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 DAS SANÇÕES PENAS CABÍVEIS.

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

- INTERESSADO(A)
- FABRICANTE



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

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|--|--|------|--|--|
| 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 Local e Data da Emissão | | | | | | | |
| Nome do Passageiro | Bilhete Conjugado | | | | | | | | | |
| 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 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 | | Local | |
| Endereço: | | UF | |
| Autorização na ANP nº | | 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**

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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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



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 - ÁPAE**

(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: | UF: | Nº do Documento de Origem | |
| Município: | DDD/Telefone: | Período de Referência | 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 | |
| Razão Social | CNPJ/CPF/Insc. Est. | Data de Vencimento | |
| Endereço: | UF: | Nº do Documento de Origem | |
| Município: | DDD/Telefone: | Período de Referência | 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 | |
| Razão Social | CNPJ/CPF/Insc. Est. | Data de Vencimento | |
| Endereço: | UF: | Nº do Documento de Origem | |
| Município: | DDD/Telefone: | Período de Referência | 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



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



**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

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 | | | |
| 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) | | |



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

| | |
|---|--|
| <p>Deficiência física*</p> <p>Deficiência visual*</p> <p>*observar as instruções deste anexo.</p> <p>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.</p> <p>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 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.</p> | <p>Descrição detalhada da deficiência:</p> |
|---|--|

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

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

| | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
| <p>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL</p> | | | |
| Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____ | | Data: ____/____/____ | |
| <p>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</p> | | | |
| Nome: _____ | | | |
| Data de Nascimento: ____/____/____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Feminino |
| 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 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 |



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

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: ____/____/____ | |
| 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: | | | |
| 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: |
|-------------------------------------|



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

| | | |
|---|---|---|
| <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</p> <p>Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável: _____</p> <p>_____</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 | | 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 | _____ 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

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 |
| 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.



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 / / | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |



**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: | | | | INSCR. ESTADUAL: | | | | CNPJ: | | | | 1 - NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO 2 - EM OUTRO ESTABELECIMENTO 3 - DIVERSAS | | |
| 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 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 | <input type="text" value="CNPJ"/> | REMETENTE | | | | | |
| DESTINATÁRIO REMETENTE | | <input type="text" value="INSCRIÇÃO ESTADUAL"/> | | | DATA LIMITE PARA EMISSÃO | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | | | <input type="text" value="CNPJ / CPF"/> | | | | | | |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | | DATA DA EMISSÃO | | | | | | |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | <input type="text" value="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 <input type="checkbox"/> 2 DESTINATÁRIO | PLACA DO VEICULO | 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 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO | | | | NOTA FISCAL | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | | |
| 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 | | <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ENTRADA | | 000.000 | | | | |
| | | NOME / RAZÃO SOCIAL | | BAIRRO / DISTRITO | | 1ª VIA DESTINATÁRIO/ REMETENTE | | | | |
| | | ENDEREÇO | | UF | | DATA LIMITE PARA EMIÇÃO | | | | |
| | | MUNICÍPIO | | CEP | | 00.00.00 | | | | |
| FONE/FAX | | CNPJ | | DATA DA EMISSÃO | | | | | | |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | | CFOP | | INSC ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIB | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | | |
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | NOME/RAZÃO SOCIAL | | CNPJ OU CPF | | DATA DA EMISSÃO | | | | |
| ENDEREÇO | | BAIRRO/DISTRITO | | CEP | | DATA DA | | | | |
| MUNICÍPIO | | FONE/FAX | | UF | | HORA DA SAÍDA | | | | |
| 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 | | | | | N.º DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | | | | | | |
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | | | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA | | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ OU CPF | | | | |
| 1. EMITENTE | | 2. DESTINATÁRIO | | | | | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | | 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 N.º 000.000 | | | | | Autenticação Mecânica |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | | | | | | | | | |



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 | | |
| | | | 1ª VIA DESTINATÁRIO | | |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | CNPJ | INSCRIÇÃO ESTADUAL | DATA LIMITE PARA EMISSÃO | | |
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | | | | |
| 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) | |
| DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR | | | | | |



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

Nota Fiscal de Serviço de Comunicação (Modelo 21)

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

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.



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

| | | |
|---------------------------------|----------------|-----|
| ORDEM DE COLETA DE CARGA | | |
| Nº 000.000 | Série-Subsérie | Via |

(AUTENTICAÇÃO)

| | |
|------------------|----------------|
| NOME DO EMITENTE | |
| ENDEREÇO | |
| CNPJ | INSC. ESTADUAL |

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| NOME DA EMPRESA OU PESSOA REMETENTE | |
| ENDEREÇO | |
| CNPJ | INSC. ESTADUAL |

| DESCRIÇÃO DA CARGA A SER COLETADA | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| QUANTIDADE OU VOLUME | ESPÉCIE DO VOLUME OU MERCADORIA | Nº e DATA DOC. FISCAL |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-------|------|-------------------|
| LOCAL | DATA | ASS. DO RECEBEDOR |
|-------|------|-------------------|

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



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 DATA: / / | | | 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 atuante.

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: _____

