



ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS (AIDF)

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

AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS (AIDF)

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

USO DA REPARTIÇÃO FISCAL

MICROFILME

AUTORIZAÇÃO DE IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS

NÚMERO DE ORDEM (Tipografado)

NÚMERO DA VIA

ESTABELECIMENTO GRÁFICO

NOME (Tipografado) _____

ENDEREÇO (Tipografado) _____

INSCRIÇÃO ESTADUAL (Tipografado) _____

INSCRIÇÃO NO CNPJ (Tipografado) _____

ESTABELECIMENTO USUÁRIO

NOME _____

ENDEREÇO _____

INSCRIÇÃO ESTADUAL _____

INSCRIÇÃO NO CNPJ _____

		A		
		A		
		A		
		A		
		A		
		A		
		A		

OBSERVAÇÕES

PEDIDO

DATA: _____ DE _____ DE _____

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO USUÁRIO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ENTREGA

DATA: _____ DE _____ DE _____

DOCUMENTO FISCAL _____ SÉRIE E SUBSÉRIE _____

PROCEDIMENTO

NOME DA PESSOA A QUEM FOR FEITA A ENTREGA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

ASSINATURA

REPARTIÇÃO FISCAL

AUTORIZAMOS

EM _____ DE _____ DE _____

Assinatura e Carimbo da Autoridade Competente



ANEXO II

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

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

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

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

NOME DO(A) REQUERENTE				Em: / / 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 PENALIS CABÍVEIS.

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

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

 ANEXO III
 AUTORIZAÇÃO PARA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (AMV)



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

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

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

Conferente: _____	Responsável: _____
-------------------	--------------------



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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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

ANEXO IV

BILHETE DE PASSAGEM AQUAVIÁRIO (Modelo 14)

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

Nome do Emitente:

Endereço:

CNPJ:

Insc. Estadual:

BILHETE DE PASSAGEM AQUAVIÁRIO

Nº:

Série/Subsérie:

Via:

De:

Para:

Linha:

Prefixo:

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

O passageiro guardará seu bilhete para fins de fiscalização em viagem

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



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

Emitido por: 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											
Nº do bilhete		Forma de Pagamento									
		Emissão Original									
O passageiro guardará seu bilhete para fins de fiscalização em viagem.											
Nome, endereço e inscrição estadual e no CNPJ do impressor; nº da AIDF, data e quantidade de impressão; nº de ordem do primeiro e do último documento impressos e suas série e subsérie.											

ANEXO VI

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

Nome do Emitente: 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.



ANEXO VII

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

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

ESTE ESTABELECIMENTO ESTÁ OBRIGADO A EMITIR NOTA FISCAL

**CRE-COORDENADORIA
DA RECEITA ESTADUAL**

TEL: 0800-69-0013

ANEXO VIII

CERTIFICADO DE COLETA DE ÓLEO USADO

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

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



ANEXO IX

CONSOLIDAÇÃO MENSAL DA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (CVM)

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

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

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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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



ANEXO X

CONSOLIDAÇÃO SEMANAL DA MOVIMENTAÇÃO DE VASILHAMES (CSM)

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

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

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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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



ANEXO XI

CONTROLE DIÁRIO DO SALDO DE VASILHAMES POR MARCA (SVM)

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

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

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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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



ANEXO XII

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

Controle Mensal da Movimentação de Vasilhames por Marca (MVM)

 Centro de Destroca: _____ (1) Mês:
 Companhia: _____ (3)

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

 Movimentação de
 Vasilhames

	P2	P13	P20	P45
OM		(9)		
PM		(10)		
Total		(11)		

Responsável: _____ (12)

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

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

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

Preenchimento dos Campos:

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

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



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

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

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

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

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

Interessado:

Endereço:

Município:

CNPJ/MF:

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

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

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

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____.

Nome:
CPF:
Função:

Nome:
CPF:
Função:



ANEXO XV

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

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

Carimbo Padronizado CNPJ

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

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

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

LOCAL/DATA_____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal:

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

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



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

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

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

ICMS - SERVIÇO DE PROVIMENTO DE ACESSO À INTERNET

Contribuinte:

CNPJ:

Período de Apuração (Mês / Ano):

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

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

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

CONHECIMENTO ORIGINAL Nº.		Data:		
Número de Cargas Desmembradas:		Modalidade do Transporte:		
Procedência:				
Destino:				
Remetente:				
Endereço:				
Destinatário:				
Endereço:				
Nº NOTA FISCAL	VALOR DA MERCADORIA	ESPÉCIE MERCADORIA	VOLUMES	PESO

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

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

EXTRATO DE FATURAMENTO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE VALORES

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

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

ENDEREÇO:

CNPJ _____ INSCRIÇÃO ESTADUAL _____

LOCAL E DATA DE EMISSÃO:

CÓDIGO: SACADO:

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS REALIZADOS EM _____ (mês) / _____ (ano).

DATA	DESC.SER VIÇO ORIG/DES T.	Nº G.T.V (GUIA TRANSPORTE VALORES)	CÓDIGO SERVIÇO	VALOR TRANSPOR TADO	VALOR SERVIÇO	TAXA ADVALO REM	TEMPO DE PERMANÊNCIA	TAXA DE PERMANÊNCIA	TOTAL/ SERVIÇO
VALOR TOTAL				R\$					

OBS:


 ANEXO XIX
 FICHA DE CONTEÚDO DE IMPORTAÇÃO - FCI

FICHA DE CONTEÚDO DE IMPORTAÇÃO (FCI)

Razão Social:

Endereço:

Inscr. Estadual:

Município:

UF:

CNPJ:

DADOS DO BEM OU MERCADORIA RESULTANTE DA INDUSTRIALIZAÇÃO

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

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

ANEXO XX
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONTRIBUINTE COM FABRICAÇÃO DE BENS E MERCADORIAS EM
ESCALA INDUSTRIAL NÃO RELEVANTE

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

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____.

Representante Legal:

CPF:



ANEXO XXI

GUIA DE TRANSPORTE DE VALORES (GTV)

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

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

11cm



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

Guia Nacional de Recolhimento de Tributos Estaduais - GNRE		UF Favorecida	Código da Receita
Dados do Emitente		Nº de Controle	
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			

1ª via Banco



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			

2ª via Contribuinte



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			

3ª via Contribuinte/Fisco





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	
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 CÔD. 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)							

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

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

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

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

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino		Feminino
Identidade nº: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	Email: _____		

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

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

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

Descrição detalhada da deficiência:

_____ 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
---	---	--

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, comunicação e comportamento restrito, estereotipado e repetitivo) a despeito de anormalidades características em outra (s) área(s).

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

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

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

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

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

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



ANEXO XXVI

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Item 46, Nota 6, *caput* da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: 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. 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, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.		Descrição detalhada da deficiência:
Nome: _____ _____ Endereço: _____ _____ _____	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável

ANEXO XXVII

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA)

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

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

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

- ☐ Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.
- ☐ Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

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



ANEXO XXVIII
LEIANTE 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.

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

[illegible]



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

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



ANEXO XXXI
LIVRO DIÁRIO DE ENTRADA (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, “a” do RICMS/RO)

[illegible]

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

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



ANEXO XXXIII
LIVRO DIÁRIO DE SAÍDA (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, “b” do RICMS/RO)

[illegible]

ANEXO XXXIV
LIVRO PROTOCOLO (LEILOEIRO)
(Artigo 206, II, “d” do RICMS/RO)

[illegible]



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	99.999.999,99	
XXXXX	XXX	999999	99/99/99	99	XXXXXX	9.99	X	9	99.999.999,99	9.999.999,99	9.999.999,99		
		* SUB TOTAL		99			E		99.999.999,99				
							S		99.999.999,99				
		* SUB TOTAL		99			E		99.999.999,99				
							S		99.999.999,99				
	* TOTAL DO PERÍODO						E		99.999.999,99			99.999.999,99	
							S		99.999.999,99				



ANEXO XXXVI
LIVRO REGISTRO DE ENTRADAS (RE) - Modelo 1
 (Artigo 56, I do Anexo XIII do RICMS/RO)

REGISTRO DE ENTRADAS										RE - MODELO P1			(a) CÓDIGOS DE VALORES FISCAIS								
FIRMA: INSCR. ESTADUAL: CNPJ: FOLHA: MÊS OU PERÍODO/ANO:										1. OPERAÇÕES COM CRÉDITO DE IMPOSTO				2. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO - ISENTAS OU NÃO TRIBUTADAS				3. OPERAÇÕES SEM CRÉDITO DE IMPOSTO - OUTRAS			
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	XXXXXXXXX	99.999.999,99	XXXXXX	9.99	9	99.999.999,99	99,9	9.999.999,99	9	99.999.999,99	9.999.999,99						
								TOTAL	1	99.999.999,99		9.999.999,99	1	99.999.999,99	9.999.999,99						
									2	99.999.999,99			2	99.999.999,99							
									3	99.999.999,99			3	99.999.999,99							

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

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

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

[illegible]



ANEXO XL
LIVRO REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS E TERMOS DE OCORRÊNCIAS-MODELO 6
(Artigo 56, V DO ANEXO XIII DO RICMS/RO)

[illegible][illegible]

(OBSERVAÇÃO: DAS FOLHAS DO LIVRO "REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS E TERMOS DE OCORRÊNCIAS", 50% (CINQUENTA POR CENTO), NO MÍNIMO SERÃO DESTINADA A "TERMOS DE OCORRÊNCIAS", DEVENDO SER IMPRESSAS DE ACORDO COM O PRESENTE MODELO E INCLUÍDAS NO FINAL DO LIVRO,, DEVIDAMENTE NUMERADAS)



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

MEMORANDO-EXPORTAÇÃO Nº _____

EXPORTADOR

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

INSC. ESTADUAL:

CNPJ:

DADOS DA EXPORTAÇÃO

CHAVE DE ACESSO DA NOTA FISCAL:

NOTA FISCAL Nº

DATA DE EMISSÃO:

DECLARAÇÃO DE EXPORTAÇÃO Nº

REGISTRO DE EXPORTAÇÃO Nº

CONHECIMENTO DE EMBARQUE Nº

DATA DE EMBARQUE:

DISCRIMINAÇÃO DOS PRODUTOS EXPORTADOS

QTDE	UNID	NCM	DESCRIÇÃO

REMETENTE COM FIM ESPECÍFICO DE EXPORTAÇÃO

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

CNPJ:

DADOS DOS DOCUMENTOS FISCAIS DE REMESSA

CHAVE DE ACESSO DA NOTA FISCAL	NOTA FISCAL N.º	DATA DE EMISSÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO EXPORTADOR/RESPONSÁVEL

NOME	DATA DA EMISSÃO	ASSINATURA
------	-----------------	------------

ANEXO XLII
NOTA FISCAL (Modelo 1)

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

NOTA FISCAL

Nº

EMITENTE



NOME / RAZÃO SOCIAL

☐

SAÍDA

☐

ENTRADA

000.000

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

MUNICÍPIO

UF

1ª VIA

FONE / FAX

CEP

DESTINATÁRIO /

CNPJ

REMETENTE

NATUREZA DA OPERAÇÃO

CFOP

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA LIMITE PARA
EMIÇÃO

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF

DATA DA EMISSÃO

ENDEREÇO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

FONE / FAX

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CLASSIFICAÇÃO FISCAL	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	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 ☐	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO	Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000
----------------------------	--------------------	--

DADOS DA AIDE E DO IMPRESSOR

RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO
DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDORNOTA FISCAL
Nº 000.000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


ANEXO XLIII
Nota Fiscal (Modelo 1-A)

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		EMITENTE LOGOTIPO NOME / RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO MUNICÍPIO FONE/FAX BAIRRO / DISTRITO UF CEP		NOTA FISCAL ☐ SAÍDA ☐ ENTRADA N.º 000.000	
		NATUREZA DA OPERAÇÃO CFOP INSC ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIB CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL		1ª VIA DESTINATÁRIO/REMETENTE DATA LIMITE PARA EMISSÃO 00.00.00	
		DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO MUNICÍPIO FONE/FAX UF CNPJ OU CPF BAIRRO/DISTRITO CEP INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DA EMISSÃO DATA DA 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					DADOS ADICIONAIS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	RESERVADO AO FISCO Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA		
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
NOME/RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1. EMITENTE ☐ 2. DESTINATÁRIO		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
DADOS DA AIDF E DO IMPRESSOR						
RECEBEMOS DE (RAZÃO SOCIAL DO EMITENTE) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO					NOTA FISCAL N.º 000.000	
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR				
Autenticação Mecânica						


 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 ☐ SAÍDA ☐ ENTRADA	Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO 000.000		
NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL	1ª VIA DESTINATÁRIO DATA LIMITE PARA EMISSÃO		
DESTINATÁRIO/REMETENTE					
NOME/RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO MUNICÍPIO		CNPJ OU CPF INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DA EMISSÃO DATA DA SAÍDA/ENTRADA 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 ENDEREÇO		FRETE POR CONTA 1. EMITENTE 2. DESTINATÁRIO	PLACA DO VEÍCULO UF	CNPJ OU CPF 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)	



Nota Fiscal de Serviço de Comunicação (Modelo 21)

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

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR
VALOR TOTAL DA PRESTAÇÃO	

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

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

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

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

Usuário:	CLASSE	Nº APARELHO	FOLHA
Endereço:	CONTRATO		
Município:	VENCIMENTO	LOCAL DE PAGAMENTO	
CNPJ:	/ /		

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

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

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



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

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

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

ORDEM DE COLETA DE CARGA 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.

**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: _____		Responsável Legal: _____			
Assinatura: _____		Assinatura: _____			
Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____			



ANEXO LI

Resumo de Movimento Diário (Modelo 18)

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

[illegible]



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



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL

D.R.R.E. _____

AR/PF _____

TERMO DE APREENSÃO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS

Nº _____

HORA	DIA	MÊS	ANO	LOCAL DA APREENSÃO

Empresa ou Transportador _____

End.: _____ nº _____ Cidade _____ U.F. _____

Veículo: Marca _____ Placa _____ Cidade _____ U.F. _____

Placa da Carreta: _____ Obs.: _____

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

CARACTERÍSTICAS DAS MERCADORIAS: () Deteriorável
 () Não Deteriorável

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS E OUTROS BENS APREENDIDOS

QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

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

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

AUDITOR FISCAL DE TRIBUTOS ESTADUAIS

NOME	CADASTRO	ASSINATURA

CONTRIBUINTE/RESPONSÁVEL

DE ACORDO, RECEBI A 2ª VIA DESTE EM ____/____/____

ÀS ____

HORAS.

NOME: _____ RG _____

Nº: _____

ASSINATURA: _____

FUNÇÃO: _____


ANEXO LIII
TERMO DE DEPÓSITO DE MERCADORIAS E OUTROS BENS
(Artigo 184, 16 do RICMS/RO)

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

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

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
			TOTAL	

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

Razão Social _____

End. _____ nº _____ Cidade _____ UF _____

Cad./ICMS _____ CNPJ _____ Fone _____

Responsável: Nome _____

Assinatura: _____

R.G. _____ CPF _____ Função _____

_____, _____ de _____ de _____

AUDITOR FISCAL DE TRIBUTOS ESTADUAIS		
NOME	CADASTRO	ASSINATURA



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

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

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

II. () _____

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
			TOTAL	

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

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

DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS				
QUANTIDADE	UNIDADE	ESPÉCIE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
			TOTAL	

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Nome _____

R.G. _____ CPF _____

Função _____