



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

RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº 017/99/CRE/SEFAZ

Porto Velho, 29 de julho de 1999.

DOE 4309 DE 16.08.99

Dispõe sobre o controle do abate de gado em frigoríficos, matadouros e estabelecimentos similares através de dispositivo contador e/ou de pesagem, mecânicos ou eletrônicos e dá outras providências

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA FAZENDA e o COORDENADOR DA RECEITA ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto no inciso VIII, do artigo 27, do Decreto nº 8481, de 14 de setembro de 1998 e no artigo 178, da Lei nº 688/96,

R E S O L V E M:

Art. 1º - O controle do abate de gado em frigoríficos, matadouros e estabelecimentos similares, a critério do Departamento de Fiscalização da Coordenadoria da Receita Estadual, poderá ser feito mediante instalação de aparelho contador e/ou de pesagem, mecânico ou eletrônico, nas dependências de tais estabelecimentos abatedores.

§ 1º - Em cada estabelecimento instalar-se-ão tantos aparelhos quantos o fisco entender necessários, em locais adequados a sua finalidade.

§ 2º - No ato da instalação, o aparelho será lacrado pelo fisco para assegurar a sua inviolabilidade, vedado o deslacramento por qualquer pessoa não credenciada ou autorizada pelo Departamento de Fiscalização da Coordenadoria da Receita Estadual.

§ 3º - Os estabelecimentos cujos aparelhos apresentarem evidência de violação, poderão ter fixada, mediante arbitramento previsto no Regulamento do ICMS, a base de cálculo do imposto devido.

§ 4º - As despesas de aquisição e instalação de que trata este artigo correrão por conta do Tesouro Estadual.

Art. 2º - Os estabelecimentos abatedores escolhidos pelo Fisco ficam, automaticamente, notificados a permitir a instalação do equipamento de que trata esta Resolução nas suas dependências.



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

Art. 3º - Após a instalação, a guarda e conservação do aparelho são de responsabilidade integral do contribuinte.

Art. 4º - Verificado dano ou defeito no aparelho, bem como rompimento do lacre de que trata o § 2º do artigo 1º, o contribuinte deverá comunicar o fato à repartição fiscal de sua jurisdição, por escrito, no mesmo dia em que se der a ocorrência.

Art. 5º - Por ocasião da instalação, das leituras do totalizador, bem como das constatações das ocorrências de que trata o artigo 4º e outros dignos de nota, serão objeto de Relatório de Visita Fiscal, conforme modelo Anexo.

§ 1º - O relatório será lavrado em três vias, destinando-se a 1ª (primeira) via ao arquivo do DEFIS, a 2ª (segunda) via ao estabelecimento do contribuinte e a 3ª (terceira) via ao arquivo da Agência de Rendas.

§ 2º - Em todos os relatórios o contribuinte aporá assinatura sob expressão "ciente".

§ 3º - Ausente o responsável pelo estabelecimento, circunstância que não acarretará nulidade do ato, consignar-se-á expressamente o fato no corpo do relatório.

Art. 6º - O cumprimento do disposto nesta Resolução, não desonera o contribuinte de quaisquer outras obrigações tributárias, principal ou acessória.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ LUCIANO DE LEITÃO LAVOR JUNIOR
Secretário de Estado da Fazenda

WAGNER LUIZ DE SOUZA
Coordenador da Receita Estadual



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

**Anexo
RELATÓRIO DE VISITA FISCAL**



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

RELATÓRIO DE VISITA FISCAL

NOME DO FRIGORÍFICO: _____

LACRES RETIRADOS:

PORTA EXTERNA EM CIMA: _____ **PORTA EXTERNA EMBAIXO:** _____

TAMPA INTERNA "A": _____ **TAMPA INTERNA "B":** _____

COMPARTIMENTO DA MEMÓRIA MÓVEL: _____

CAIXAS DE PASSAGEM DA FIAÇÃO: _____

INDICAÇÕES DO MOSTRADOR DO FILAX:

HORA - (hh:mm): _____: _____

DATA-(dd/mm/aaaa): ____/____/____

LACRES COLOCADOS:

PORTA EXTERNA EM CIMA: _____ **PORTA EXTERNA EMBAIXO:** _____

TAMPA INTERNA "A": _____ **TAMPA INTERNA "B":** _____

COMPARTIMENTO DA MEMÓRIA MÓVEL: _____

CAIXAS DE PASSAGEM DA FIAÇÃO: _____

OBSERVAÇÕES GERAIS: _____

VISITA ANTERIOR: ____/____/____

_____, ____/____/____

FISCAL RESPONSÁVEL: _____

Assinatura e carimbo

CIENTE: ____/____/____

REPRESENTANTE DA EMPRESA: _____

Assinatura e carimbo