

**Nova redação dada ao Anexo LXXXV pelo Decreto n.º 3.470-R, de 19.12.13, efeitos a partir de 20.12.13:**

## ANEXO LXXXV

(a que se refere o art. 699-Z-C, parágrafo único, I, do RICMS/ES)

## REQUERIMENTO PARA DISPENSA DE EQUIPAMENTO EMISSOR DE CUPOM FISCAL - ECF

[illegible]

| PEDIDO                                                                                                                                                                                            |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Tendo em vista o disposto no art. 699-Z-C, parágrafo único, I, do RICMS/ES, requer dispensa de manutenção e uso de equipamento emissor de cupom fiscal – ECF –, por se tratar de estabelecimento: |                      |
| 1. industrial comercial atacadista que não possui recinto de atendimento público para a prática de vendas diretamente a pessoas físicas, na condição de consumidores finais.                      | <input type="text"/> |
| 2. que pratica a venda a varejo de que trata o art. 699-Z-A, § 3.º, do RICMS/ES, aprovado pelo Decreto nº 1.090-R de 25 de outubro de 2002, somente:                                              |                      |
| a) por meio de remessa de mercadorias para realização de operações externas, sem destinatário certo, inclusive por meio de veículo;                                                               | <input type="text"/> |
| b) de forma não presencial.                                                                                                                                                                       | <input type="text"/> |

[illegible]

**Redação anterior** dada ao Anexo LXXXV pelo Decreto n.º 3.053-R, de 12.07.12, efeitos de 01.08.12 até 19.12.13:

## ANEXO LXXXV

(a que se refere o art. 699-Z-C, parágrafo único, I, do RICMS/ES)

## REQUERIMENTO PARA DISPENSA DE EQUIPAMENTO EMISSOR DE CUPOM FISCAL - ECF

|                             |  |                           |  |  |                       |  |                 |  |  |                                        |  |           |  |  |  |    |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|--|-----------------------|--|-----------------|--|--|----------------------------------------|--|-----------|--|--|--|----|
| IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE |  |                           |  |  |                       |  |                 |  |  |                                        |  |           |  |  |  |    |
| NOME/RAZÃO SOCIAL           |  |                           |  |  |                       |  |                 |  |  |                                        |  |           |  |  |  |    |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL          |  |                           |  |  |                       |  |                 |  |  | LOGRADOURO (Avenida, Rua, Praça, etc.) |  |           |  |  |  |    |
|                             |  |                           |  |  |                       |  |                 |  |  |                                        |  |           |  |  |  |    |
| N.º                         |  | COMPLEMENTO (sala, andar) |  |  |                       |  | DISTRITO/BAIRRO |  |  |                                        |  | MUNICÍPIO |  |  |  | UF |
| CEP                         |  |                           |  |  | TELEFONE PARA CONTATO |  |                 |  |  | CNPJ/ME                                |  |           |  |  |  |    |



|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DECLARAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A requerente declara que não possui débito com a Fazenda Pública Estadual e que está ciente de que a manutenção desta condição, assim como das demais condições informadas acima são imprescindíveis para a continuidade da dispensa de uso de ECF. |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Local e data:                                                                                                                                                                                                                                       |     | Nome do Representante Legal:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carteira de Identidade                                                                                                                                                                                                                              | CPF | Assinatura:(Firma reconhecida) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                    |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                    |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Anexo LXXXVI **incluído** pelo Decreto n.º 2.161-R, de 28.11.08, efeitos a partir de 01.12.08:

**ANEXO LXXXVI**  
(a que se refere o art. 534-Z-L do RICMS/ES)

**NOTA DE CONTROLE DE PETRÓLEO**

|                                                      |                                |                                   |                                                                        |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO EMITENTE</b>                             | NOTA DE CONTROLE DE PETRÓLEO   |                                   | <b>Nº</b><br><br><b>SÉRIE VIA</b><br><br><b>Data</b><br>____/____/____ |
| <b>ÁREA DE CARREGAMENTO</b>                          | <b>ÁREA DE DESCARREGAMENTO</b> |                                   |                                                                        |
| <b>QUANTIDADE</b><br><br><b>M³ DE PETRÓLEO / GÁS</b> | <b>TRANSPORTADORA</b>          |                                   |                                                                        |
| <b>Nº DOS LACRES</b>                                 | <b>PLACAS DOS VEÍCULOS</b>     |                                   |                                                                        |
| <b>NOME DO MOTORISTA</b>                             | <b>HORÁRIO DE CARREGAMENTO</b> | <b>HORÁRIO DE DESCARREGAMENTO</b> |                                                                        |
| <b>ASS. DO MOTORISTA</b>                             | <b>ASS. PREPOSTO (CARGA)</b>   | <b>ASS. PREPOSTO (DESCARGA)</b>   |                                                                        |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                   |                                |                                   |                                                                        |