

**ATESTADO DE INTERVENÇÃO TÉCNICA EM EQUIPAMENTO
EMISSOR DE CUPOM FISCAL - ECF - MODELO I**

VIA N.º _____

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. DADOS DO DOCUMENTO | | | | | |
| Número | | Data de Emissão | | Data Limite para Emissão | |
| 2. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA CREDENCIADA A INTERVIR | | | | | |
| Nome Comercial(razão social) | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ | | Inscrição Estadual | | Inscrição Municipal | |
| CNAE Fiscal | | Número do CREA | | Número do Termo de Credenciamento e Responsabilidade | |
| Logradouro | | Número | | Complemento | |
| Bairro | | Município | | UF | |
| Email | | Telefone (precedido do DDD) | | Fax (precedido do DDD) | |
| Número Ato Declaratório | | | | | |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO USUÁRIO DO EQUIPAMENTO | | | | | |
| Nome Comercial(razão social) | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ | | Inscrição Estadual | | Inscrição Municipal | |
| CNAE Fiscal | | Número | | Complemento | |
| Logradouro | | Município | | UF | |
| Bairro | | Município | | CEP | |
| Email | | Telefone (precedido do DDD) | | Fax (precedido do DDD) | |
| 4. IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO | | | | | |
| TIPO: | | | | | |
| <input type="radio"/> ECF-MR <input type="radio"/> ECF-IF <input type="radio"/> ECF-PDV <input type="radio"/> ECF-MFB | | | | | |
| Número do Registro SEFAZ | | Marca | | Modelo | |
| Número de Fabricação | | Versão do Software Básico | | Número da Etiqueta da EPROM | |
| Número do Lacre da MFD | | Número de Série da MFD | | Decodificação do GT | |
| | | | | Número de Ordem Sequencial no Estabelecimento | |
| | | | | Número do Lacre do Dispositivo de Armazenamento do Software Básico | |
| | | | | Número e Data do Ato Homologatório ou Registro COTEPE/ICMS | |
| 5. VALOR REGISTRADO OU ACUMULADO | | | | | |
| Contadores e Totalizadores | | Antes da Intervenção | | Após a Intervenção | |
| Ordem de Operação (COO) | | | | Isento (IS) de ISSQN | |
| Reinício de Operação (CRO) | | | | Substituição Tributária (FS) de ISSQN | |
| Redução Z (CRZ) | | | | Não Incidência (NS) de ISSQN | |
| Contador NFVC (CVC) ou BP (CBP) | | | | S Tributado a % | |
| Totalizador Geral (GT) | | | | S Tributado a % | |
| Venda Bruta Diária (VB) | | | | S Tributado a % | |
| Cancelamento de ICMS | | | | S Tributado a % | |
| Desconto de ICMS | | | | T Tributado a % | |
| Acréscimo de ICMS | | | | T Tributado a % | |
| Cancelamento de ISSQN | | | | T Tributado a % | |
| Desconto de ISSQN | | | | T Tributado a % | |
| Acréscimo de ISSQN | | | | T Tributado a % | |
| Isento (I) de ICMS | | | | T Tributado a % | |
| Substituição Tributária (F) de ICMS | | | | T Tributado a % | |
| Não Incidência (N) de ICMS | | | | T Tributado a % | |
| 6. LACRES | | | | | |
| Retirados | | Utilizados Durante a Intervenção | | Colocados ao Final da Intervenção | |
| Local da Intervenção | | Data de Início da Intervenção | | Data de Término da Intervenção | |
| 7. MOTIVO DA INTERVENÇÃO | | | | | |
| <input type="radio"/> LACRAÇÃO INICIAL <input type="radio"/> SUBSTITUIÇÃO DE LACRE VIOLADO, INUTILIZADO OU EXTRAVIADO <input type="radio"/> SUBSTITUIÇÃO DE VERSÃO DO SOFTWARE BÁSICO <input type="radio"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS <input type="radio"/> ALTERAÇÃO DE USO | | <input type="radio"/> MANUTENÇÃO E CONsertOS <input type="radio"/> TROCA DE PROGRAMA APLICATIVO FISCAL <input type="radio"/> ERROS NA CMOS <input type="radio"/> CESSAÇÃO DE USO <input type="radio"/> OUTROS MOTIVOS (DETALHAR) | | | |
| 8. OBSERVAÇÕES | | | | | |
| Nome da Empresa Credenciada que Realizou a Intervenção Técnica Imediatamente Anterior | | | | Número do Respectivo Atestado de Intervenção Técnica em ECF | |
| Outras Informações | | | | Perda de Dados Gravados na MT <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | |
| 9. DECLARAÇÃO | | | | | |
| NA QUALIDADE DE EMPRESA CREDENCIADA A INTERVIR EM ECF ATESTAMOS, COM PLENO CONHECIMENTO DO DISPOSTO NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA RELATIVA A CRIMES DE SONEGAÇÃO FISCAL E SOB NOSSA INTEIRA RESPONSABILIDADE, QUE O ECF IDENTIFICADO NESTE DOCUMENTO ATENDE ÀS DISPOSIÇÕES PREVISTAS NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA DESTE ESTADO. | | | | | |
| 10. IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO INTERVENIENTE | | | | | |
| Nome | | | | | |
| CPF | | Manaus, _____ de _____ de 20 _____ | | | |
| RG | | _____ assinatura _____ | | | |
| 11. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO USUÁRIO | | | | | |
| Nome | | | | | |
| CPF | | Manaus, _____ de _____ de 20 _____ | | | |
| RG | | _____ assinatura _____ | | | |
| RAZÃO SOCIAL, ENDEREÇO, INSCRIÇÃO ESTADUAL, CNPJ DO IMPRESSOR, DATA, QUANTIDADE DA IMPRESSÃO, NÚMERO DE ORDEM DO PRIMEIRO E DO ÚLTIMO DOCUMENTO IMPRESSO E NÚMERO E DATA DA AIDF. | | | | | |