



**01 IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE**

RAZÃO SOCIAL:	CCE:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:

**02 MOTIVO DA VISTORIA**

<input type="checkbox"/> FISCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> CESSAÇÃO DE USO	<input type="checkbox"/> ACRÉSCIMO DE MEMÓRIA FISCAL	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> ZERAMENTO DE TOTALIZADORES	<input type="checkbox"/> RECADASTRAMENTO	<input type="checkbox"/> SIMPLES TROCA DE EPROM	
<input type="checkbox"/> LACRAÇÃO INICIAL	<input type="checkbox"/> TROCA DE VERSÃO	<input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DE LACRE	

**03 DADOS DO SISTEMA**

**FORMAS DE UTILIZAÇÃO:**

<input type="checkbox"/> UTILIZA SEPD P/ EMISSÃO DE DOCUMENTO FISCAL	<input type="checkbox"/> UCP FORA DO ESTABELECIMENTO (INFORMAR O ENDEREÇO)
<input type="checkbox"/> UTILIZA SEPD PARA ESCRITURAÇÃO DE LIVROS	<input type="checkbox"/> DISCRIMINAÇÃO DE MERCADORIAS EM GRUPO (ECF)
<input type="checkbox"/> UTILIZA ECF COM CONCOMITÂNCIA	<input type="checkbox"/> FUNCIONA EM REDE (PREENCHER QUADRO ABAIXO)
<input type="checkbox"/> UTILIZA ECF SEM CONCOMITÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____

**PROGRAMA APLICATIVO FISCAL:**

NOME:	SISTEMA OPERACIONAL:
GERENCIADOR DE BANCO DE DADOS:	TIPO DE REDE (SE FOR O CASO):

**DOCUMENTOS EMITIDOS:**

<input type="checkbox"/> NOTA FISCAL	<input type="checkbox"/> NF-e	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO DE TRANSPORTE
<input type="checkbox"/> CUPOM FISCAL	<input type="checkbox"/> BILHETE DE PASSAGEM	<input type="checkbox"/> DAV
<input type="checkbox"/> NFC-e	<input type="checkbox"/> N. F. DE VENDA A CONSUMIDOR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

**04 DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA APLICATIVO FISCAL, PELO SEPD E DA EMPRESA CREDENCIADA**

**A) PROGRAMA APLICATIVO FISCAL:**

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
---------------	-------

**B) SEPD:**

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
---------------	-------

**C) EMPRESA CREDENCIADA A INTERVIR EM ECF:**

RAZÃO SOCIAL:	CCE:
---------------	------

**05 DADOS DO EQUIPAMENTO EMISSOR DE CUPOM FISCAL**

Nº CX	MARCA	MODELO	Nº DE SÉRIE	ÚLTIMO AIECF	LACRES EXTERNOS DO ECF

ANEXAR LEITURA X E LEITURA DA MEMÓRIA FISCAL DE CADA EQUIPAMENTO INFORMADO ACIMA.

**OBSERVAÇÕES:**

**06 RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO**

NOME:	CPF:	FUNÇÃO:
LOCAL E DATA:	ASSINATURA:	

**07 AGENTE FISCAL**

NOME:	M.B.:	ASSINATURA:
NOME:	M.B.:	ASSINATURA: