AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 3204000237118

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2023-06-11

Número de Identificação Fiscal e Nome Completo

315469358 THIAGO HENRIQUE CHAVES NERI

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Sim

País Resid.: BRASIL **Região/Território:**

Residência (Morada no Estrangeiro)

Morada: R CATARINA STAEDI MIRANDA TATUAPE CDOE 1 ANDAR 13 A 15BLC B 707 BL 1 AP 12

Cidade: SAO PAULO SP

Código Postal: 03086-025

Província: PARQUE SAO JORGE

Serv. Finanças: 3204 - VILA NOVA DE GAIA-2.

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade

Outra

Data Nascimento

1988-06-25

Sexo

Masculino

Tipo de Cartão

Doc. Identificação

Tipo de Documento: Passaporte

Número de Documento: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Número de Identificação Bancária Internacional (IBAN)

País: **NIB:** **SWIFT/BIC:** **Moeda:**

Representante

Número Fiscal: 296970760

Nome Completo: JOSE RENATO DE MELLO E SILVA

Morada: TV TENENTE VALADIM 80 B R/C ESQ TRAS U

Localidade: CANIDELO

Código Postal: 4400-327 VILA NOVA DE GAIA

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 3204000237118

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2023-06-11

Deficiência Fiscalmente Relevante

Tipo: Sem Deficiência **Grau Invalidez:** % **Deficiente das Forças Armadas:**

Período de Deficiência: **a**

Dados de Residente Não habitual

Período de vigência: **a**

Comprov. residência Estrangeira:

País Residência Estrangeira:

Actividade Valor Acrescentado

Código	Descrição	Data Início	Data Fim

Entidade Patronal de Residente não habitual

NIPC/NIF:

Nome :

Contribuinte

Declaro ser esta a primeira inscrição que faço para efeitos de atribuição de Número Fiscal de Contribuinte - Pessoa Singular, e que as declarações nela expressas correspondem à verdade sem qualquer omissão em relação às mesmas.

Data: ____|____|____

Ass.: _____

Quando apresentado por um representante ou gestor de negócios

Número Fiscal: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome: _____

Serviço de Finanças

3204 - VILA NOVA DE GAIA-2.

Data: 2022-12-13

Assinatura do funcionário:

_____