AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 1848000207894

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de ~~2023-05-28~~

Número de Identificação Fiscal e Nome Completo

315193603 ANDERSON PEREIRA DIAS

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Sim

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

Residência (Morada no Estrangeiro)

Morada: RUA LAURA PAZIM CAMPI 48 PQ RES SELECTA

Cidade: SÃO BERNARDO DO CAMPO SP

Código Postal: 09791-803

Província:

Serv. Finanças: 1830 - PACOS DE FERREIRA

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade

Outra

Data Nascimento

1968-04-08

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: 516940279

Nome Completo: KESIA COSTA UNIPESSOAL LDA

Morada: RUA DO ENCANTO N 9 1 DTO

Localidade: MEIXOMIL

Código Postal: 4595-204 MEIXOMIL

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 1848000207894

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de ~~2023-05-28~~

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

1848 - PAREDES

Data: 2022-11-29

Assinatura do funcionário:

Serviço Finanças PAREDES - 1848