AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 2445000021192

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2024-12-31

Número de Identificação Fiscal e Nome Completo

327227036 CLEMENTINA DE AGUIAR DAMBO

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Sim

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

Residência (Morada no Estrangeiro)

Morada: QUARTEIRÃO 87 CASA 4246 - ALBAZINE

Cidade: MAPUTO

Código Postal:

Província:

Serv. Finanças: 2445 - RIBEIRA DE PENA

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: MOÇAMBIQUE

Nacionalidade	Data Nascimento
Outra	1964-07-24

Sexo	Tipo de Cartão
Feminino	

Doc. Identificação

Tipo de Documento: B.I. / Cartão de Cidadão

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

Número de Identificação Bancária Internacional (IBAN)

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

Representante

Número Fiscal: 319147517

Nome Completo: ELDA MARCIA MENDES DOS SANTOS

Morada: R DO FOJO, 5

Localidade: RIO MAU

Código Postal: 4870-056 CERVA

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 2445000021192

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2024-12-31

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

2445 - RIBEIRA DE PENA

Data: 2024-07-04

Assinatura do funcionário:

_____