AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Número de Documento: 1848000234352

Número Fiscal e Nome Completo

318437538 MARIA CARLA LIMA FERREIRA

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Não **Res. Não Habitual:** Não

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

Residência (Morada Portuguesa)

Morada: RUA CRUZ DAS ALMAS N 52 - 3 ESQ

Localidade: PENICHE

Concelho: PENICHE

Freguesia: PENICHE

Código Postal: 2520-305 PENICHE

Serv. Finanças: 1430 - PENICHE **Data de Produção de Efeitos:** 2024-06-11

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade

Outra

Data Nascimento

1992-11-23

Sexo

Feminino

Tipo de Cartão

Banda Magnética

Doc. Identificação

Tipo de Documento: Passaporte

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

Número de Identificação Bancária Internacional (IBAN)

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

Representante

Número Fiscal: **Data Inicio:**

Nome Completo:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Número de Documento: 1848000234352

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

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** **Estado:**

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 que as declarações expressas neste documento 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: 2024-06-11

Assinatura do funcionário:

_____