AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 385900020917?

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2024-12-15

Número de Identificação Fiscal e Nome Completo

326921460 CARLOS DANIEL DE ARAUJO MAUA

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Sim

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

Residência (Morada no Estrangeiro)

Morada: RUA LEILA GONÇALVES 465 VILA GONÇALVES 06725-050 SP

Cidade: SÃO BERNARDO

Código Postal:

Província:

Serv. Finanças: 3859 - LOULE-2

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade	Data Nascimento	Doc. Identificação
Outra	2001-06-02	**Tipo de Documento:** Passaporte
Sexo	**Tipo de Cartão**	**Número de Documento:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Masculino		

Número de Identificação Bancária Internacional (IBAN)

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

Representante

Número Fiscal: 306373041

Nome Completo: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SIMOES

Morada: R 25 DE ABRIL QUARTEIRA, N 63

Localidade: QUARTEIRA

Código Postal: 8125-172 QUARTEIRA

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 3859000209177

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2024-12-15

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 á 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

3859 - LOULE-2

Data: 2024-06-18

Assinatura do funcionário

SERVIÇO DE FINANÇAS
DE LOULÉ-2
R. S. Tomé e Príncipe-Ed. Solars
8125-254 QUARTEIRA