AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Número de Documento: 1848000228429

Número Fiscal e Nome Completo

315235446 TAMARA OLIVEIRA SANTOS

Domicílio Fiscal

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

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

Residência (Morada Portuguesa)

Morada: R DA FUNDAÇÃO N 3 1 BAIRRO NOVO SANTO ELOI

Localidade: PONTINHA

Concelho: ODIVELAS

Freguesia: PONTINHA E FAMÕES

Código Postal: 1675-018 PONTINHA

Serv. Finanças: 4227 - ODIVELAS **Data de Produção de Efeitos:** 2024-03-24

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade

Outra

Data Nascimento

1991-09-05

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: 1848000228429

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: 2024-03-24

Assinatura do funcionário:

_____