

| 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: _ _ _ _ | Quando apresentado por um representante ou gestor de negócios |
| Ass.: _____ | Número Fiscal: _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | Nome: _____ |

| Serviço de Finanças | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 3204 - VILA NOVA DE GAIA-2. | Assinatura do funcionário: |
| Data: 2022-04-29 | _____ |