



1. NOME / DESIGNAÇÃO SOCIAL DO SUJEITO PASSIVO

.....
.....

2. NUIT - Número Único de Identificação Tributária

.....

3. TIPO DE DECLARAÇÃO

1ª Declaração do Exercício De cessação de actividade Data de cessação: ____ / ____ / ____
 De Substituição

4. EXERCÍCIO / PERÍODO DE TRIBUTAÇÃO

20 ____

5. TIPO DE ACTIVIDADE ECONÓMICA EXERCIDA / DÍSTICOS COMERCIAIS

Actividade Principal:
Outras Actividades:
Dísticos comerciais usados (se existirem): AREA FISCAL:
Endereço: Telefone:

6. DADOS SOBRE A EMPRESA

Número de trabalhadores (incluindo familiares) dos quais Familiares
Número de veículos ao serviço da empresa de passageiro de carga ou mistos
Área aproximada ocupada pelo estabelecimento e suas dependências M2
Possui mais estabelecimentos noutros locais? Sim Não
Se sim, indique a localização dos outros estabelecimentos:

7. DETERMINAÇÃO SIMPLIFICADA DO LUCRO TRIBUTÁVEL

Tipo de Proveitos	Valor anual em metcais (sem centavos) (A)	Coefficiente (B)	Lucro Tributável em metcais (sem centavos) (A) x (B)
Venda de Mercadorias	100	0.20	200
Venda de Produtos Fabricados	101	0.20	201
Prestação de serviços de alojamento, restauração e bebidas.	102	0.20	202
Outras prestações de serviços e outros proveitos	103	0.30	203
Total Lucro Tributável (200 + 201 + 202 + 203)			209

8. CÁLCULO DO IMPOSTO

Imposto à taxa normal Campo 209 do quadro 7 x 32%	300	
Imposto à taxa reduzida Campo 209 quadro 7 x ____%	301	
COLECTA (300 + 301)		302
Dupla tributação internacional	303	
Outras Deduções	304	
Pagamento especial por conta	305	
	306	
TOTAL DAS DEDUÇÕES (303 + 304 + + 306)		307
IRPS LIQUIDADO (302 - 307) ≥ 0 Se (302 - 307) < 0 inscreva "0" (zero)		308
Retenções na fonte (art. 67 do CIRPC)	309	
Pagamentos por conta (art. 70 do CIRPC)	310	
IRPC A PAGAR Se (308 - 309 - 310) > 0		311
IRPC A RECUPERAR (308 - 309 - 310) < 0		312

9. OBSERVAÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. USO EXCLUSIVO DOS SERVIÇOS

Com imposto a pagar Com imposto a recuperar Nula
Nº de Entrada: Classificação Económica da Receita:
Sector Cap. Art. Alínea Número

DATA DE PAGAMENTO / ENTREGA DA DECLARAÇÃO:
Dia Mês Ano CÓDIGO DA ENTIDADE RECEBEDORA:

10. AUTENTICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

A presente declaração corresponde à verdade e não omite qualquer informação pedida
Data: ____ / ____ / ____
Nome:
Ass:
Qualidade:
Representante e NUIT:

Nº de Receita:
Nome do Func.:
Ass:
INSERÇÃO DE DADOS Nome do Func.:
Data: ____ / ____ / ____ Ass: