SE PREENCHER MANUALMENTE. POR FAVOR UTILIZE LETRA DE IMPRENSA

República de Moçambique Ministério das Finanças **Autoridade Tributária de Moçambique** DIRECÇÃO GERAL DE IMPOSTOS	**DECLARAÇÃO DE OPERAÇÕES ISOLADAS E FACTURAÇÃO INDEVIDA** **MODELO C**	**IVA** **IMPOSTO SOBRE O VALOR ACRESCENTADO**

1 – TIPO DE DECLARAÇÃO

☐ Declaração inicial ☐ Declaração de Substituição

2 – PERÍODO A QUE RESPEITA

(Mês) (Ano)

1. Entrega dentro do Prazo ☐
2. Entrega fora do Prazo ☐

3 – NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA (NUIT) DO VENDEDOR OU FORNECEDOR

Área Fiscal/UGC

……

4 – NOME/DESIGNAÇÃO SOCIAL DO VENDEDOR OU FORNECEDOR

……

5 – DOMICÍLIO FISCAL DO VENDEDOR OU FORNECEDOR

Rua / Avenida/_____: …….. Nº: …… Andar : …… Flat : …….Código Postal :…… Caixa Postal: ……..

Província: ……..…….…… ☐Distrito /☐Município: …….

☐Posto Administrativo /☐Distrito Municipal : ……..……..……..…… Localidade :……..……

Bairro: …….. Povoação :……..……. Célula: ……. Quarteirão : ……Nº da casa:…..…

Tel. Fixo: ……..…….…..... Telemóvel :……..……..…….…..... Fax : …..……..……..…….....

E-mail :.....…..…..……..……..…… E-mail alternativo : ……..……..……

6 – DOMICÍLIO FISCAL DO SUJEITO PASSIVO

Nome: …….. **NUIT**

……

Área fiscal/UGC

……

Rua / Avenida/_____: …….. Nº: …… Andar : …… Flat : …….Código Postal :…… Caixa Postal: ……..

Província: ……..…….…… ☐Distrito /☐Município: …….

☐Posto Administrativo /☐Distrito Municipal : ……..……..……..…… Localidade :……..……

Bairro: …….. Povoação :……..……. Célula: ……. Quarteirão : ……Nº da casa:…..…

Tel. Fixo: ……..…….…..... Telemóvel :……..……..…….…..... Fax : …..……..……..…….....

E-mail :.....…..…..……..……..…… E-mail alternativo : ……..……..……

7 – TIPO DE OPERAÇÕES

_____

_____

_____

_____

_____

8 – APURAMENTO DO IMPOSTO RESPEITANTE AO PERÍODO

	BASE TRIBUTÁVEL	IMPOSTO A FAVOR DO ESTADO
Transmissão de bens e/ou prestação de serviços efectudos pelo Sujito Passivo (*campo 1*) e respectivo imposto liquidado à taxa de 17% (*campo 2*).	01	02

9 – IMPOSTO A ENTREGAR AO ESTADO

IVA…….... 03

Juros compensatórios…… 04

MEIO DE PAGAMENTO

☐ Numerário

☐ Cheque nº_____Banco_____

Agência_____ Nº conta_____

☐ Outros_____

Importância a pagar ……..... 05

(03+04)

10 – AUTENTICAÇÃO DO SUJEITO	11 – USO EXCLUSIVO DOS SERVIÇOS	
A presente declaração corresponde à verdade e não omite qualquer informação pedida. Data: ____/ ____/ 20_____ Nome:…… Ass:_____ **(Assinatura do Sujeito Passivo e carimbo)**	**Nº de Entrada** _____ **Nº de Inserção** _____ Data: ___/ ___/ 20_____ Nome de funcionário …… Assinatura	**Nº de Receita** _____ Data: ___/ ___/ 20_____ O RECEBEDOR ……

DISTRIBUICÃO GRATUITA