

## 1. 申請事項 Tipo de pedido

首次申請 1.º pedido

資料更新 Actualização dos dados

(適用於殘疾狀況出現變化導致喪失稅務優惠資格者，不適用於個人資料更新或殘疾狀況變化但不影響稅務優惠資格者)

(aplica-se apenas àqueles que percam a qualidade de beneficiário fiscal em virtude da mudança do estado de invalidez, não sendo aplicável à actualização dos dados pessoais, ou àqueles que alterem o seu estado de invalidez mas sem prejuízo da sua qualidade de beneficiário fiscal)

## 2. 申請人資料 Identificação do requerente

中文姓名 Nome chinês			
葡文 / 外文姓名 Nome português/estrangeiro			
身份證明文件 Documento de identificação	<input type="checkbox"/> 澳門居民身份證 Bilhete de Identidade de Residente de Macau	編號 N.º	
	<input type="checkbox"/> 外地僱員身份認別證 Título de Identificação de Trabalhador Não Residente		
	<input type="checkbox"/> 其他證件 Outro documento		
納稅人編號 Número de contribuinte	_____		

## 3. 必須提交的文件 Documentos necessários

1. 經填妥的本申請表；
2. 身份證明文件副本；
3. 醫生證明正本（見背面式樣）：
  - 接納的醫療機構：衛生局、鏡湖醫院、澳門科大醫院、澳門銀葵醫院、澳門協和醫院；
  - 有效期：近一年內發出；
  - 內容必須包括：患者身份識別資料（姓名、證件類別及編號）、殘疾描述、殘疾程度（百分比）、醫生姓名、醫院印章。
1. Presente pedido, devidamente preenchido;
2. Fotocópia do documento de identificação;
3. Original do atestado médico (vide o modelo no verso desta folha):
  - Instituições médicas admitidas: Serviços de Saúde, Hospital Kiang Wu, Hospital da Universidade de Ciência e Tecnologia de Macau, Hospital Macau Yin Kui, Hospital Macau Union;
  - Prazo de validade: emitido no último ano;
  - Deve constar do seguinte conteúdo: a identificação do doente (nome, tipo e número do documento de identificação), a descrição do estado de invalidez, o grau de invalidez (percentagem), o nome do médico e o carimbo do hospital.

## 4. 聲明及簽署 Declaração e assinatura

本人聲明如下 Declaro que:

1. 填交的資料及文件全部屬實；  
as informações e os documentos apresentados correspondem à verdade;
2. 同意財政局在必要時將資料向相關實體/機構披露以核實或處理與申請相關的事宜。  
concordo que, na verificação ou processamento do pedido, a DSF possa divulgar as informações em causa junto das respectivas entidades/instituições, quando necessário.

## 5. 財政局專用 Reservado à DSF

日期 Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
年 ano   月 mês   日 dia

簽名 Assinatura

電話 Telefone: \_\_\_\_\_

(僅供本次申請之用 Usado apenas para este pedido) \_\_\_\_\_