



INSPEÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E PROTEÇÃO CIVIL  
GABINETE DE PROCESSAMENTO DE CONTRAORDENAÇÕES

**FORMULÁRIO PARA PAGAMENTO DA COIMA E CUSTAS  
EM PRESTAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA**

**IDENTIFICAÇÃO DO ARGUIDO**

N.º DO PROCESSO DE CONTRAORDENAÇÃO: [REDACTED]	
DENOMINAÇÃO/ NOME: [REDACTED]	
N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF): [REDACTED]	
SEDE/ DOMÍLIO ATUAL: [REDACTED]	
REPRESENTANTE LEGAL (NO CASO DE PESSOA COLETIVA)	
NOME: [REDACTED]	
N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF) [REDACTED]	
TELEFONE/ TELEMÓVEL [REDACTED]	
EMAIL: [REDACTED]	
ORDENANTE DA TRANSFERÊNCIA (SE DIFERENTE DO ARGUIDO)	
NOME [REDACTED]	
MÊS DA PRESTAÇÃO [REDACTED]	NÚMERO DA PRESTAÇÃO [REDACTED]
VALOR DA COIMA [REDACTED]	VALOR DAS CUSTAS (QUANDO APLICÁVEL)

**ANEXO(S) OBRIGATÓRIO(S)**

Fotocópia do comprovativo da transferência bancária.

Este formulário e respetivo(s) anexo(s) deverão ser remetidos **mensalmente** para a morada ou endereço de correio eletrónico eletrónico indicados no ofício que promoveu o envio da presente notificação, ao cuidado do Instrutor responsável pela gestão do processo de contraordenação.

Data: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Assinatura do requerente / carimbo de pessoa coletiva