



SEGURANÇA SOCIAL

ENTIDADE EMPREGADORA ⁽¹⁾

COMUNICAÇÃO DE: Início de atividade Alteração de elementos Suspensão/cessação de atividade

1 IDENTIFICAÇÃO (Preenchimento obrigatório)

N.º de Identificação Fiscal (NIPC ou Número Fiscal)	<input type="text"/>	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Nome ou Firma	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO INÍCIO DE ATIVIDADE/ALTERAÇÕES A COMUNICAR

Natureza jurídica ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Atividade	<input type="text"/>	Cód. de Atividade (CAE)	<input type="text"/>
Início da atividade em	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	Com trabalhadores ao serviço desde	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês
Denominação (Nome Comercial)	<input type="text"/>		
Sede ou domicílio profissional	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>		
Distrito	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>
Freguesia	<input type="text"/>		
Morada para correspondência	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>		

(2) Empresário em nome individual, sociedade por quotas, sociedade anónima, empresa pública, cooperativa .

3 ELEMENTOS RELATIVOS AOS ESTABELECIMENTOS PARA ALÉM DA SEDE

Nome do estabelecimento	<input type="text"/>		
Sede ou domicílio profissional	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>		
Distrito	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>
Freguesia	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Atividade	<input type="text"/>	Cód. Atividade (CAE)	<input type="text"/>
Com trabalhadores ao serviço desde	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês	N.º de trabalhadores	<input type="text"/>

Nome do estabelecimento	<input type="text"/>		
Sede ou domicílio profissional	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>		
Distrito	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>
Freguesia	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Atividade	<input type="text"/>	Cód. Atividade (CAE)	<input type="text"/>
Com trabalhadores ao serviço desde	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês	N.º de trabalhadores	<input type="text"/>

(continua na pág. seguinte)

(1) Para aplicação do artigo 36.º do Código dos Regimes Contributivos, aprovado pela Lei n.º 110/2009, de 16 de setembro.

4 SUSPENSÃO/CESSAÇÃO DE ATIVIDADE

Declara-se que, a partir de _____ ano | _____ mês, se verifica: a suspensão de atividade
 a cessação de atividade da empresa

5 IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ADMINISTRAÇÃO OU GERÊNCIA

Nome completo _____
Data de nascimento _____ ano | _____ mês | _____ dia N.º de Identificação de Segurança Social _____
Nacionalidade _____
Morada _____
Localidade _____ C. postal _____ - _____
Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____
N.º de Identificação Fiscal _____
Funções na empresa _____ desde _____ ano | _____ mês Função remunerada? Sim Não

Nome completo _____
Data de nascimento _____ ano | _____ mês | _____ dia N.º de Identificação de Segurança Social _____
Nacionalidade _____
Morada _____
Localidade _____ C. postal _____ - _____
Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____
N.º de Identificação Fiscal _____
Funções na empresa _____ desde _____ ano | _____ mês Função remunerada? Sim Não

Nome completo _____
Data de nascimento _____ ano | _____ mês | _____ dia N.º de Identificação de Segurança Social _____
Nacionalidade _____
Morada _____
Localidade _____ C. postal _____ - _____
Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____
N.º de Identificação Fiscal _____
Funções na empresa _____ desde _____ ano | _____ mês Função remunerada? Sim Não

6 CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

_____ ano | _____ mês | _____ dia _____
Assinatura e carimbo

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Fotocópia de cartão de identificação fiscal de pessoa coletiva ou de pessoa singular.
Documentos específicos das comunicações do início de atividade ou das alterações a efetuar.

8 PRAZO E LOCAL DE ENTREGA

O início, cessação ou suspensão e qualquer alteração aos elementos de identificação devem ser apresentados à instituição da Segurança Social competente, no prazo de 10 dias úteis a contar da notificação da entidade empregadora.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o site em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei