



SEGURANÇA SOCIAL

## ENTIDADE EMPREGADORA <sup>(1)</sup>

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 <sup>(2)</sup>	<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 constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.  
As falsas declarações são punidas nos termos da lei.**