

REQUERIMENTO DE CADASTRO
DE ENTIDADE EMPREGADORA

DATA DE ENTRADA:

/ /

AGÊNCIA:

 CADASTRO INICIAL ACTUALIZAÇÃO DE CADASTRO

NOTA: NOS CASOS DE ACTUALIZAÇÃO DE DADOS, APENAS OS CAMPOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA (NOME E No. DE INSCRIÇÃO) E OS QUE SOFRERAM ALTERAÇÃO DEVEM SER PREENCHIDOS.

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

NOME DA ENTIDADE EMPREGADORA:		No. INSCRIÇÃO INSS:
ACTIVIDADE ECONÓMICA: (CÓDIGO)	ACTIVIDADE ECONÓMICA (DESCRIÇÃO):	No. INSCRIÇÃO FISCAL (NIF):
FORMA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓNADA		No. DE FUNCIONÁRIOS:
PROVÍNCIA:	MUNICÍPIO	
COMUNA:	BAIRRO/POVOAÇÃO:	
LOCALIDADE/RUA:	CAIXA POSTAL:	
OBSERVAÇÕES:		

CONTACTOS

TELEFONE FIXO:	TELEFAX:
TELEMÓVEL:	E-MAIL:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO SÃO VERDADEIRAS.	CARIMBO DE AUTENTICAÇÃO
NOME COMPLETO:	
BILHETE DE IDENTIDADE/LOCAL DE EMISSÃO/DATA:	
ASSINATURA/DATA:	

CONTROLO INTERNO - PREENCHIDO PELO INSS

ENTRADA	PROCESSAMENTO
RESPONSÁVEL/DATA:	RESPONSÁVEL/DATA:

NO CADASTRO INICIAL DA ENTIDADE EMPREGADORA É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO DO FORMULÁRIO, EXCEPTO OS CAMPOS SOMBREADOS, QUE SÃO DA RESPONSABILIDADE DO INSS. TAMBÉM DEVEM SER ANEXADAS, UMA CÓPIA DO CARTÃO DE CONTRIBUINTE FISCAL E UMA CÓPIA DO BILHETE DE IDENTIDADE DO SEU RESPONSÁVEL LEGAL.

R E L A Ç Ã O D E T R A B A L H A D O R E S

SEQ	NOME COMPLETO	B I	DESVINCULAÇÃO	COD
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	

CODIFICAÇÃO DOS MOTIVOS DA DESVINCULAÇÃO DO TRABALHADOR:

1 - FALECIDO; **2 - REFORMADO;** **3 - OUTRO MOTIVO.**

R E S P O N S Á V E L P E L O P R E E N C H I M E N T O

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO SÃO VERDADEIRAS.

CARIMBO DE AUTENTICAÇÃO

NOME COMPLETO:

BILHETE DE IDENTIDADE/LOCAL DE EMISSÃO/DATA:

ASSINATURA/DATA: