

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

10.ª Delegação da Direcção-Geral da Contabilidade Pública

Declaração

De harmonia com o disposto no n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 46/84, de 4 de Fevereiro, se publica que foram autorizadas as seguintes transferências de verbas, nos termos do n.º 2 do artigo 5.º do mesmo diploma:

Classificação						Rubricas	Em contos		Referência à autorização ministerial
Orgânica			Funcional	Económica			Reforços ou inscrições	Anulações	
Capít-ulo	Divisão	Subdi-visão		Código	Alínea				
01	01		3.01.0	41.00 44.00 44.09		Gabinete do Ministro Gabinete Transferências — Instituições particulares ... Outras despesas correntes: Diversas:	-	6 000	(a)
			3.01.0	44.09	A	Comissões regionais pelo ensino técnico-profissional	6 000	-	(a)
	02					Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro Aquisição de serviços — Encargos das instala- ções	36 -	- 36	(b) (b)
			3.01.0	31.00		Aquisição de serviços — Não especificados ...	-	36	
							6 036	6 036	

(a) Despacho ministerial de 27 de Março de 1984.

(b) Despacho ministerial de 9 de Abril de 1984.

10.ª Delegação da Direcção-Geral da Contabilidade Pública, 11 de Maio de 1984. — O Director, *Francisco Clemente*.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E SEGURANÇA SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 318/84

de 26 de Maio

Nos termos da legislação em vigor, todos os impressos utilizados pelos beneficiários e contribuintes da segurança social têm vindo a ser aprovados por cada uma das instituições ou centros regionais de segurança social.

Esta prática implicou que, com o decurso do tempo, se verificasse uma proliferação de boletins de identificação diferentes de organismo para organismo e até, por vezes, dentro do mesmo organismo, consoante o tipo de regime de segurança social a inscrever.

Considerando que se torna necessário racionalizar os processos de tratamento da informação e normalizar os procedimentos administrativos;

Considerando que tal objectivo poderá ser alcançado com a aplicação de um mesmo modelo de boletim de identificação para todos os organismos e para todos os regimes de segurança social;

Considerando que as instruções não constituem a essência do impresso, mas são sim um complemento que, por força das circunstâncias, é susceptível de alterações pontuais mais frequentes, opta-se pela sua divulgação através de circular.

Assim:

Manda o Governo da República Portuguesa, pela Secretária de Estado da Segurança Social, o seguinte:

1.º É aprovado o boletim de identificação modelo n.º 421.10, que se anexa à presente portaria, para a inscrição de todos os beneficiários nos regimes de segurança social.

2.º As instruções do boletim de identificação a que se refere o número anterior, bem como as características do impresso, serão oportunamente divulgadas em circulares normativas da Direcção-Geral da Organização e Recursos Humanos.

3.º A presente portaria entra em vigor no primeiro dia do segundo mês posterior ao da sua publicação.

Secretaria de Estado da Segurança Social.

Assinada em 24 de Abril de 1984.

A Secretária de Estado da Segurança Social, *Maria Leonor Couceiro Pizarro Beleza de Mendonça Tavares*.

S.  R.

SECRETARIA DE ESTADO
DA
SEGURANÇA SOCIAL

CRSS (ou CPAF) de

BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO

Antes de preencher este impresso leia com atenção as instruções
NÃO PREENCHA AS ZONAS SOMBREADAS

B I D E

1 A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

1 Data de Entrada/...../.....
Bilhete de Identidade ou
Cédula Pessoal
N.º de/...../19...
Arq. de Ident. ou Serviço
Certidão de Nascimento ☐

Data Referência
Dia Mês Ano
3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

CRSS Serviço

N.º. Empregado

Sob. N.º. Beneficiário

Conferido

Registo Informático
Transcrito Verificado

2 A PREENCHER PELO BENEFICIÁRIO

2 Cód. Registo
0 2 1 0

Nome Completo

Data de Nascimento de de Sexo (F ou M) ☐

Filiação ☐ Pai
☐ Mãe

Naturalidade ☐ País Distrito
☐ Concelho Freguesia

Estado Civil Nome do Cônjuge

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Cód. Naturalidade
Dist. Conc. Freg.

Data Admissão
Mês Ano

C/ ID

Im-
presso

3 A PREENCHER PELO BENEFICIÁRIO

3 Cód. Registo
0 2 5 0

3.1 Morada

Localidade

Cód. Postal

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Cód. Morada
Dist. Conc. Freg. B. E.

Distrito Concelho Freguesia

3.2 A PREENCHER APENAS NO CASO DE SER TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM, COMERCIANTE EM NOME INDIVIDUAL OU EQUIPARADO E RESPECTIVO CÔNJUGE

Entidade onde trabalha com sede em

Telefone Local de Trabalho

Profissão

Admit. ao Serviço , em/...../19... Ramo de Actividade Remuneração ☐ Mensal ☐ Diária ☐ Horária ☐ \$ (Assinale com X)

Início de Actividade

4 A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4 Cód. Registo
0 2 8 0

Contribuinte
CRSS Número

Estabelec.

C/ ID

C/ ID

Data 1.º Desc.
Dia Mês Ano

Número de N. I.

C/ ID

T/ ID

A PREENCHER PELO BENEFICIÁRIO

5 REGIME EM QUE SE INSCREVE (Assinale com " X " os quadrados correspondentes à sua situação)

TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM ☐ 1. Na Indústria, Comércio ou Serviços (Regime Geral) ☐ 2. Como profissional do serviço doméstico ☐ 3. Como trabalhador agrícola ☐ 4. Como administrador, director, gerente das sociedades ou equiparados ou ainda como membro dos órgãos internos de fiscalização das mesmas que seja revisor oficial de contas ☐ 5. Em qualquer outra actividade por conta de outrem. Indique qual ☐	TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA ☐ 6. Como comerciante em nome individual ou equiparado ☐ 7. Como cônjuge de comerciante em nome individual ☐ 8. Como profissional livre ☐ 9. Como trabalhador intelectual ☐ 10. Como produtor agrícola ☐ 11. Em qualquer outra actividade por conta própria. Indique qual ☐
--	--

OUTRAS SITUAÇÕES ☐

12. No regime de seguro social voluntário ☐ Remuneração Mensal \$ _____

13. Não está abrangido por qualquer regime contributivo de inscrição obrigatória encontrando-se na situação de requerente de ☐

A PREENCHER NO CASO DE TER DESCONTADO PARA OUTRA INSTITUIÇÃO

6 Instituição Anterior (Caixa de Previdência / Centro Regional _____ Inscrito desde ____/____/____)

Número de beneficiário _____ Último desconto para a Previdência ____/____/____

Número de sócio efectivo _____ Última quota paga à Casa do Povo ____/____/____

Entidade onde prestava serviço _____

Com sede em _____

Responder: SIM ou NÃO

Recebe Abono de Família ? _____

Recebe Pensão pelo Centro Nacional de Pensões ? _____

Trabalha simultaneamente para outra (s) _____

Firma (s) ? _____

MUITO IMPORTANTE

DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

_____, ____ de _____ de 19____

ASSINATURA
(A rogo se não souber escrever)

N.º Fiscal de Contribuinte _____

A PREENCHER PELA ENTIDADE CONTRIBUINTE

B.ºs, nas situações previstas em 1, 2, 3, 4 e 5 do quadro 5

Confirmam-se os elementos indicados pelo declarante e que o mesmo tem sido incluído na folha de remunerações com o nome de _____

_____, ____ de _____ de 19____

Contribuinte N.º _____

_____/____/____ (Assinatura e Carimbo)

B.I. N.º _____ de _____ Arq. _____

PROVA DAS SITUAÇÕES REFERENCIADAS COM OS N.ºs 2, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 DO QUADRO 5

Confirme-se que a pessoa a que se refere este boletim (Assinale com "X" um e num só dos quadrados a situação que lhe diz respeito)

☐ Exerce a profissão de _____ desde ____/____/____

☐ É cônjuge de _____, comerciante em nome individual, e exerce actividade na respectiva empresa desde ____/____/____

☐ Presta serviço doméstico por conta de outrem, nesta freguesia, não sendo cônjuge, descendente até ao 2.º grau ou equiparado e afim, ascendente ou equiparado e afim, irmão ou afim, bem como não vive em união de facto com a entidade patronal indicada.

☐ Não exerce actividade profissional abrangida por qualquer regime contributivo de inscrição obrigatória.

O Presidente,

ASSOCIAÇÃO DE _____

JUNTA DE FREGUESIA DE _____

_____/____/____ (Carimbo ou selo branco)

PESSOAL DO SERVIÇO DOMÉSTICO

— A DECLARAR PELA ENTIDADE PATRONAL —

_____, declara, sob compromisso de honra que _____ exerce, com carácter regular e sob a sua direcção e autoridade e mediante retribuição, serviço doméstico, não sendo cônjuge, descendente até ao 2.º grau ou equiparado e afim, ascendente ou equiparado e afim, irmão ou afim, bem como não vive em união de facto com a entidade patronal indicada.

_____, ____ de _____ de 19____

ASSINATURA
(Reconhecida notarialmente na falta de B. I.)

VER INSTRUÇÕES NA FOLHA ANEXA