**COMUNICAÇÃO DE PARALISAÇÃO TEMPORÁRIA DE ATIVIDADES**

**EMPRESA (NOME DA EMPRESA), NIRE N.º (NÚMERO DO NIRE), CNPJ N.º(NÚMERO DO CNPJ), com sede na (ENDEREÇO DA EMPRESA COMPLETO – Rua, n.º, complemento, CEP, Município, Estado),** comunica que paralisará, temporariamente, suas atividades, pelo prazo de XXX, com início em 00/00/0000.

(CIDADE), (DIA) de (MÊS) de 20XX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(NOME DO ASSINANTE)**

Obs.: Reconhecer firma das assinaturas por autenticidade quando em meio físico.