



CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.

FONE/FAX: (67) 3321-1213 – www.coresul.org.br – e-mail: core.ms@terra.com.br

Rua 14 de Julho, 371 – Centro – Campo Grande/MS – CEP 79.004-390.

Relação de Documentos Exigidos para Reabilitação de Registro de Representante Comercial Autônomo:

- Fotoc. autenticada do CPF;
- Fotoc. autenticada da Carteira de Identidade (Obs.: Não tendo validade cópia da CNH);
- Fotoc. autenticada da Quitação com o Serviço Militar. (Isento se acima de 46 anos). No caso de extravio, deverá apresentar cópia do protocolo de 2ª via;
- Fotoc. autenticada do Título de Eleitor. (dispensado aos estrangeiros);
- Certidão de Quitação Eleitoral;
- Fotoc. do Comprovante de Residência (Água, Luz ou Telefone), em seu nome ou com declaração do proprietário;
- Fotoc. do Comprovante de Quitação da Contribuição Sindical, devida p/ o Sindicato dos Representantes Comerciais do MS. Telefone de contato (67) 3325-7111;
- 01(uma) Foto 3x4 – recente. (**Obs.:** Para a emissão da Carteira deste CORE o(a) requerente da Capital será fotografado(a) no ato do registro. Não ocorrendo à presença, escanaremos a foto do requerimento).
- Certidão Específica da Junta Comercial/MS - (nada consta) – Tel.: (67) 3316-4429 (Capital)
- Formulários do Core/MS (anexos) p/ serem: preenchidos e assinados. (**Obs.: De preferência, fazer o preenchimento de caneta preta**)

Taxa de Inscrição: **R\$** _____ (Obter informações no Core-MS)

Horário de Atendimento:

Das: 8:00 às 11:00hs e Das: 13:30 às 17:00hs.

De: Segunda à Sexta-Feira.

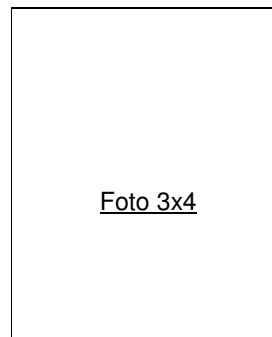


CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.

FONE: (67) 3321-1213 / 1231 – FAX: (67) 3384-6533 – www.coresul.org.br – e-mail: core.ms@terra.com.br

Rua 14 de Julho, 371 – Centro – Campo Grande/MS – CEP 79.004-390.

ILMOS. SRS. PRESIDENTE E DEMAIS MEMBROS DO CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DE MATO GROSSO DO SUL.



_____, brasileiro (a),
autônomo(a), Estado Civil: _____ portador(a) do RG nº _____ - SSP/_____
e do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____
_____, na cidade de _____

_____/_____, vem requerer que seja deferido a **Reabilitação do Registro**, junto à este Conselho Regional de nº F-_____, na qualidade de Representante Comercial Autônomo dando cumprimento ao que estatuem a Lei 4.886 de 09/12/65, para tanto instruindo o presente requerimento com os seguintes documentos:

- a) () Fotoc. do CPF;
- b) () Fotoc. do RG;
- c) () Fotoc. do Título de Eleitor;
- d) () Fotoc. do Comprovante de Votação – ref. última eleição;
- e) () Fotoc. do Comprovante de Quitação com o Serviço Militar;
- f) () Fotoc. do Comprovante de Residência;
- g) () Fotoc. do Comprovante de Quitação com a Contribuição Sindical, patronal;
- h) () Certidão Específica da Junta Comercial/MS;
- i) () 1(uma) Foto 3x4;

Termos em que

P. Deferimento.

_____/MS., ____ de _____ de 2. ____.

x _____
Assinatura do(a) Representante
(reconhecer firma)

x _____
Assinatura do(a) Funcionário(a) do Core/MS

Atenção Representante!!

A Assinatura no retângulo abaixo e o Polegar Direito são imprescindíveis para a confecção da carteira de representante comercial. O não preenchimento acarretará a não aceitação da documentação. Assinatura conforme a Identidade.



Assinatura p/ Carteira (só será impressa na carteira a assinatura que está dentro do retângulo) Obrigatório.



Digital do Polegar Direito



CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.

FONE: (67) 3321-1213 / 1231 – FAX: (67) 3384-6533 – www.coresul.org.br – e-mail: core.ms@terra.com.br

Rua 14 de Julho, 371 – Centro – Campo Grande/MS – CEP 79.004-390.

DECLARAÇÃO PARA REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.

_____, brasileiro(a),
estado civil: _____, portador(a) do RG nº _____ - SSP/ _____ e do
CPF nº _____ Data Nasc.: ____/____/____ Diabete: Sim: ____ Não: ____
Tipo Sanguineo: _____ Telefone de Emergência: (____) _____
Residente e Domiciliado(a) à _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____/MS.
Filiação: _____
Telefone dos Pai: (____) _____ Celular: (____) _____

DECLARA SOB PENA DE RESPONSABILIDADE CRIMINAL QUE:

I - Não possuo antecedente criminal em todo território nacional e no exterior, bem como não fui definitivamente condenado(a) no país e no exterior, pela prática de crimes previstos no artigo 4º, alínea “C” da Lei 4.886/65, a saber:

→ Art. 4º - não pode ser representante comercial:

- O que não pode ser comerciante;
- O falido não reabilitado;
- O que tenha sido condenado por infração penal de natureza infame, tais como: falsidade, estelionato, apropriação indébita, contrabando, roubo, furto, lenocínio ou crimes também punidos com a perda de cargo público;
- O que estiver com seu registro comercial cancelado por penalidade.

→ Que não exercia a representação comercial autônoma antes da Lei 4.886/65, tão pouco recebeu qualquer comissão remuneraria do seu exercício, assim como não represento nenhuma empresa no momento, pretendendo o registro para o futuro exercício da profissão;

→ Estar ciente que o atraso, por mais de 12 (doze) meses, no pagamento da contribuição devida ao CORE/MS implicará no impedimento legal do exercício profissional, ficando com débito em aberto até a baixa do registro.

→ Reconhecer que o Registro perante o Conselho habilita para o exercício da profissão de representante comercial, conforme o artigo 1º da Lei 4.886/65, porém, não comprova o seu efetivo exercício;

→ Estar ciente de que sou responsável pelas informações aqui prestadas, sendo que terei que arcar com custos de emissão de novos documentos comprobatórios de registro caso os dados sejam passados de maneira errônea.

II – Declara ainda, pleno conhecimento de suas obrigações decorrentes do seu registro neste Conselho tais como:

- Recolhimento até ____/____ de cada exercício das taxas de anuidade, sob pena de cobrança judicial a cancelamento do registro independentemente de qualquer comunicação direta ou indiretamente.
- Cadastrar-se na Prefeitura Municipal do seu domicilio como Contribuinte do ISS, recolhendo-o de acordo com a legislação especificada.
- Inscrever-se no INSS.
- Recolher anualmente a Contribuição Sindical até 28/02.

_____ (MS)., ____/____/____

X _____
Assinatura do(a) Representante

OBSERVAÇÃO: A declaração falsa caracteriza o crime de falsidade ideológica, previsto no Código Penal Brasileiro, sujeitando à pena de um a cinco anos de reclusão e importará na inexistência de todos os atos e fatos processuais decorrentes de sua apresentação, dando-se conhecimento do fato à autoridade competente, para instauração de processo criminal e de processo

administrativo, quando couber.



CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.

FONE: (67) 3321-1213 / 1231 – FAX: (67) 3384-6533 – www.coresul.org.br – e-mail: core.ms@terra.com.br

Rua 14 de Julho, 371 – Centro – Campo Grande/MS – CEP 79.004-390.

FICHA PARA FINS ESTATÍSTICOS

NOME: _____

CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ /MS.

FONE:(____) _____ FAX:(____) _____ CELULAR: (____) _____

E-MAIL: _____

→ ENDEREÇO P/ CORRESPONDÊNCIA:

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ /MS.

FONE:(____) _____ FAX:(____) _____ CELULAR: (____) _____

E-MAIL: _____

EMPRESA(S) QUE REPRESENTA:

1) Nome: _____ CNPJ: _____

End.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ / _____ CEP: _____ - _____ E-Mail: _____

Fones:(____) _____ Fax:(____) _____

Segmento de Atuação: _____

Prods.: _____

Marcas: _____

2) Nome: _____ CNPJ: _____

End.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ / _____ CEP: _____ - _____ E-Mail: _____

Fones:(____) _____ Fax:(____) _____

Segmento de Atuação: _____

Prods.: _____

Marcas: _____

3) Nome: _____ CNPJ: _____

End.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ / _____ CEP: _____ - _____ E-Mail: _____

Fones:(____) _____ Fax:(____) _____

Segmento de Atuação: _____

Prods.: _____

Marcas: _____

QUESITOS ESSENCIAIS:

Nome: _____ EST. CIVIL _____

IDADE _____ ESCOLARIDADE: _____ () Completo () Incompleto

FALA OUTRO(S) IDIOMA(S) _____ QUAL(IS)? _____

GOSTARIA DE FALAR OUTRO IDIOMA? _____ QUAL(IS)? _____

IMÓVEL PRÓPRIO? SIM: _____ NÃO: _____

DEPENDENTES:

ESPOSA(O): nome: _____

Idade: _____ e dt. Nasc.: _____

FILHOS: (nomes, sexo, idade, data nasc.):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

HÁ QUANTO TEMPO É REPRESENTANTE? _____

É APOSENTADO EM OUTRA OCUPAÇÃO? _____ QUAL? _____

GOSTA DE LEITURA? _____ O QUE LÊ? _____

QUAL OU QUAIS ASSUNTOS DE SEU INTERESSE? _____

POSSUI:

* AUTOMÓVEL? _____ QUAL? _____ ANO? _____

* PLANO DE SAÚDE? _____ QUAL? _____

* SEGURO DE PREVIDÊNCIA? _____ QUAL? _____

* SEGURO DE VIDA? _____ QUAL? _____

* MICROCOMPUTADOR? _____ : EM CASA () ESCRITÓRIO ()

QUE PROGRAMA UTILIZA? _____

GOSTARIA DE APRENDER ALGUM? _____ QUAL? _____

GOZA FÉRIAS REGULARMENTE? _____ VIAJA NAS FÉRIAS? _____

GOSTARIA DE VIAJAR PARA ONDE? _____

QUAL OU QUAIS ESPORTES PRÁTICA? _____

GOSTARIA DE PRATICAR ALGUM OU OUTRO ESPORTE? _____ QUAL(IS) _____

QUAIS SUAS ATIVIDADES NAS HORAS DE LAZER? _____

POSSUI TV POR ASSINATURA? _____ QUAL? _____

*AUTORIZA A DIVULGAÇÃO DE SUA EMPRESA NO SITE DO CORE/MS E DE SEUS SEGMENTOS E E-MAIL? _____

PRODUTOS QUE GOSTARIA DE REPRESENTAR:

DADOS DO CONTADOR:

Nome do Contador: _____ Celular:(____)_____

Nome do Escritório: _____

End.: _____ Bairro: _____

CEP.: _____ Cidade: _____ Fone: (____)_____

E-Mail: _____

_____ /MS., _____ / _____ / _____

x _____
Assinatura do(a) Representante

(ATENÇÃO: TODA E QUALQUER ALTERAÇÃO POSTERIOR, DEVE SER IMEDIATAMENTE INFORMADA AO CORE/MS).



CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.

FONE: (67) 3321-1213 / 1231 – FAX: (67) 3384-6533 – www.coresul.org.br – e-mail: core.ms@terra.com.br

Rua 14 de Julho, 371 – Centro – Campo Grande/MS – CEP 79.004-390.

P E S S O A N A T U R A L

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O abaixo assinado, declara para os devidos fins ser conhecedor que estando efetivando o registro junto a este **CORE/MS**; para exercício legal da profissão de **REPRESENTANTE COMERCIAL**, que somente o registro, de acordo com a Lei n° 4886/65 e suas alterações o habilitará à atividade legal e, como conseqüência, terá obrigatoriedade de manter-se quites com as anuidades junto à tesouraria da entidade.

Tem ciência que a Lei e Resoluções que regem o exercício da profissão excluem taxativamente qualquer possibilidade de uma licença ou baixa provisória do registro e que, o exercício de outra atividade profissional, não exclui e nem isenta o Representante Comercial do pagamento das anuidades devidas ao **CORE/MS** até a data do **EFETIVO PEDIDO DE BAIXA**. Assim, **se futuramente deixar de exercer a profissão**, para a qual hoje está se habilitando, e, estando em dia com as contribuições devidas, solicitará junto ao **CORE/MS** pedido de **BAIXA DE REGISTRO**, mediante requerimento com a devolução da Carteira Profissional e comprovante de baixa na Prefeitura Municipal.

Declaro, ainda, saber, que a omissão quanto à baixa de registro, implicará na continuidade do mesmo, gerando obrigações e deveres para com o **CORE/MS** e o não pagamento das contribuições devidas ensejará a instauração de processo disciplinar, inscrição na Dívida Ativa desta Autarquia e a conseqüente propositura de Ação de Cobrança Judicial junto à Justiça Federal, conforme determina a Lei n° 6206/75.

_____/MS; ____ de _____ de 2._____.

X _____
Assinatura do(a) Representante
(reconhecer firma)

Nome Completo: _____

