



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.

Relação de Documentos Exigidos para: Reabilitação de Registro de Firma Individual.

→ Documentos da Firma:

- Fotoc. autenticada do Requerimento Empresarial e de sua(s) Alteração(ões);
- CNPJ Atualizado;
- Cópia do Alvará - vigente;
- Fotoc. do Comprovante de Quitação da Contribuição Sindical, devida p/ o Sindicato dos Representantes Comerciais do MS. Telefone de contato (67) 3325-7111;

→ Documentos do Proprietário:

- 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 (Recente) de: Água, Luz ou Telefone Fixo que tenha CEP. (Caso não esteja no nome, deverá, ainda, declarar. Modelo em nosso site);
- 2(duas) Fotos 3x4 – recente;
- Formulários do Core/MS (anexos) p/ serem: preenchidos e assinados. **(Obs.: de preferência preencher com caneta preta).**

Taxa de Reabilitação: R\$ _____ (Obter informações no Core/MS)

OBS: Para obter o valor da taxa de registro, deverá encaminhar fax do CNPJ, da constituição da firma e das alterações, se ocorreu.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

Das: 8:00 às 11:00 Das: 13:30 ÀS 17:00 - De: Segunda à Sexta-Feira

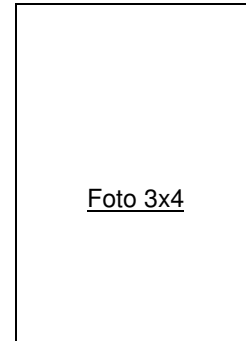


**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE/MS.**

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 DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.**



_____, brasileiro(a), autônomo(a),
detentor(a) do RG nº _____, e do CPF nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____, em
_____, na qualidade de proprietário da firma: _____
_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____,
estabelecida à _____, na Cidade
de _____/_____, devidamente registrada junto à JUCEMS sob o
nº _____, **vem requerer que seja deferido a REABILITAÇÃO DO
REGISTRO da firma junto a este Conselho Regional, inclusive, obtendo o nº do registro
anterior (J-_____)**, na qualidade de pessoa jurídica, **a possibilitar possa exercer a
atividade privativa de representante comercial**, para tanto instruindo o presente
requerimento com os seguintes documentos:

- | | |
|---|---|
| a) () Fotoc. do Req. Empresarial; | g) () Fotoc. do Título de Eleitor; |
| b) () Fotoc. de Alteração(ões) Jucems; | h) () Certidão de Quitação Eleitoral; |
| c) () Fotoc. Alvará; | i) () Fotoc. de Quitação c/ o Serviço Militar; |
| d) () Fotoc. Quitação da C. Sindical; | j) () Fotoc. do Comprovante de Residência; |
| e) () Fotoc. CPF; | k) () Fotos 3x4; |
| f) () Fotoc. RG; | l) () _____ |

Termos em que,

P. Deferimento.

_____ -MS., _____ de _____ de 2._____.

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

X _____
Assinatura do Funcionário do 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.

**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/_____ CPF nº _____
Data Nasc.: ___/___/___ Diabete: Sim: ___ Não: ___ Tipo Sanguíneo: _____
Telefone de Emergência: (____) _____
Residente e Domiciliado (a) à _____
Bairro _____ CEP: _____ Cidade: _____/MS.
Filiação: _____
Telefone dos Pais: (____) _____ 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 exerça a representação comercial autônoma antes da Lei 4.886/65, tão pouco recebeu qualquer comissão remunerária 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 domicílio como Contribuinte do ISS, recolhendo-o de acordo com a legislação especificada.
- Inscrever-se no INSS.
- Recolher anualmente a Contribuição Sindical até 31/01.

_____ (MS), ___/___/___

x _____

Assinatura do(a) proprietário(a)

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 EMPRESARIAL: _____

CNPJ: _____ ALVARÁ Nº: _____

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) Proprietário(a)

ATENÇÃO: TODA E QUALQUER ALTERAÇÃO POSTERIOR, DEVE IMEDIATAMENTE INFORMA AO CORE.



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.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O abaixo assinado, proprietário da firma que nesta data regulariza-se junto a este **CORE/MS**, para poder legalmente exercer as atividades da **REPRESENTAÇÃO COMERCIAL**, declara ter ciência que somente o registro no **CORE/MS** habilitará, de acordo com a Lei n° 4886/65 e suas alterações, o exercício da atividade e, como conseqüência, haverá a obrigatoriedade de manter-se quites com as anuidades junto à tesouraria da entidade.

Que é sabedor 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 sendo, **se futuramente deixar de exercer a profissão**, para a qual a empresa está se habilitando, e, estando em dia com as contribuições devidas, solicitarei junto ao **CORE/MS** pedido de **BAIXA DE REGISTRO**, mediante **requerimento, com a devolução do Certificado de Registro da Firma deste Core; Fotocópia autenticada da extinção, ou, da alteração devidamente registrada na JUCEMS, onde ocorreu a exclusão das atividades fiscalizadas por este Conselho, e de seu nome empresarial, se necessário;**

Declaro saber, sem qualquer dúvida, que a omissão quanto à **BAIXA DO 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.

_____/____, ____ de _____ de 2.____

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

Nome Completo do(a) Proprietário(a): _____

Nome Empresarial: _____

INFORMAÇÕES DO REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional dos Representantes Comerciais do MS.

A firma abaixo informada, através do seu signatário abaixo mencionado, sob sua responsabilidade, transcreve; elementos básicos de seu requerimento de empresário registrado na Junta Junta Comercial do MS.

Nome: _____

CNPJ: _____ Capital: R\$ _____

Data de Reg. na Jucems: ____/____/____ Nº de Reg. na Jucems(NIRE): _____

Início das Atividades: ____/____/____

Objetivo: _____

End.: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Tel. Comercial: (____) _____ Celular: (____) _____

Tel. de Referência: (____) _____ E-Mail: _____

Segmento que Atua: _____

Dissolução: _____
