



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 do Registro da Empresa, cujo Resp. Técnico já possui Registro como Pessoa Natural:

→ Documentos da Empresa:

- Fotoc. autenticada do Contrato Social 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 Responsável Técnico:

- 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);
- Fotoc. do Comprovante de Quitação da Contribuição Sindical, devida p/ o Sindicato dos Representantes Comerciais do MS. Telefone de contato (67) 3325-7111;
- 2(Duas) Fotos 3x4 – recente;
- 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)

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

OBS.:

Com amparo no que determina a Lei 4.886/65 em seu artigo 22, e ainda, a RESOLUÇÃO de nº 335/2005 do CONFERE, e ainda, o que contem o artigo 27, parágrafo único do REGIMENTO INTERNO, foi criada a RESOLUÇÃO CORE/MS 08/2007, determinando que, além do registro da pessoa jurídica, também é obrigatório o registro da pessoa natural pela pessoa jurídica registrada ou pretendente ao registro, com todas as conseqüências daí decorrentes inclusive os pagamentos das anuidades.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

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

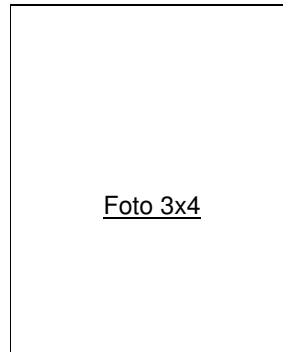


**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CORE-MS.**

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), detentor(a) do RG nº _____, e do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, em _____/_____, na qualidade de Sócio(a) da empresa: _____, 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 referida empresa junto a este Conselho Regional, inclusive, obtendo o nº do registro anterior (J-_____)**, na qualidade de pessoa jurídica, dando cumprimento ao que estatuem a Lei 4.886 de 09/12/65 e Resolução CORE/MS Nº 08/2007, **indicando, neste ato, o(a) Sr(a):** _____

_____, brasileiro(a), autônomo(a) detentor(a) do RG nº _____, e do CPF nº _____, **como seu(ua) responsável técnico(a) junto à este Conselho Regional para todos os efeitos legais, devidamente registrado(a) neste CORE/MS como representante comercial, pessoa natural sob o nº F-_____**, a possibilitar possa exercer a atividade privativa de representante comercial, e que, em caso de sua retirada por quaisquer razões da sociedade ou, ainda, por questões de foro íntimo, **DEVERÁ INDICAR QUANDO DO REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO, O NOME DO SUBSTITUTO COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) JUNTO AO CORE/MS, APRESENTANDO-O PARA O ATO OU, NA IMPOSSIBILIDADE, APRESENTAR A “DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO” DEVIDAMENTE ASSINADA E COM FIRMA RECONHECIDA**, para tanto instruindo o presente requerimento com os seguintes documentos:

- | | |
|---|---|
| a) () Fotoc. do Contrato Social; | 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) Responsável Legal
(reconhecer Firma)

X _____
Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)

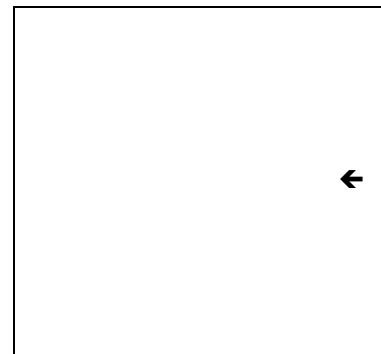
X _____
Assinatura do(a) Funcionário do Core/MS.

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

_____, brasileiro (a),
autônomo(a), detentor(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____,
Residente e domiciliado(a) à _____,
na cidade de _____/MS, vem ante a este CONSELHO REGIONAL DOS
REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, tendo sido
indicado(a) como responsável técnico(a) da empresa: _____

_____, com registro em andamento, **DECLARAR** a sua aceitação,
para tanto formulando nesse ato o requerimento de seu registro junto à este CORE/MS, como
**REPRESENTANTE COMERCIAL, PESSOA NATURAL, DECLARANDO AINDA SE
ENCONTRA CIENTE DE TODAS AS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DA LEI 4.886/65
ALTERADA PELA LEI 8.420/92 E TODAS AS DEMAIS OBRIGAÇÕES E DEVERES
LEGAIS, TANTO NA QUALIDADE DE RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) DA EMPRESA,
QUANTO DA SUA CONDIÇÃO DE REPRESENTANTE COMERCIAL, PESSOA NATURAL,
CONSOANTE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TAMBÉM ASSINADA NESTE ATO.**

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

x _____
Assinatura do(a) Resp. Técnico(a)
(reconhecer firma)



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),
autônomo(a), estado civil _____, portador (a) do RG nº _____ e do
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 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.

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

- Recolhimento até ____/____ da empresa e até ____/____ da pessoa natural, 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 31/01 da empresa e até 28/02 da pessoa natural.

_____(MS)., ____/____/____

x _____
Assinatura do(a) Responsável Técnico(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

RAZÃO SOCIAL: _____
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) Responsável Técnico(a)

ATENÇÃO: TODA E QUALQUER ALTERAÇÃO POSTERIOR, DEVE IMEDIATAMENTE INFORMAR 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.

SOCIEDADE EMPRESÁRIA

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O abaixo assinado, sócio responsável pela empresa 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 e Carteiras 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(S) REGISTRO(S)**, implicará na continuidade do(s) mesmo(s), 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) Responsável Técnico(a)
(reconhecer firma)

Nome Completo do(a) Resp. Técnico(a): _____

Nome Empresarial: _____

INFORMAÇÕES DO CONTRATO

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

A empresa abaixo informada, através dos seus signatários abaixo mencionados, sob sua responsabilidade, transcreve; elementos básicos de seu contrato social registrado na Junta Comercial do MS.

R. Social: _____

CNPJ: _____ Capital Social: 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: _____

Sócios Componentes da Empresa

CPF'S Nº

Nome: _____ CPF: _____

End. Res.: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP.: _____ Tel. Residl.:(____) _____

Celular: (____) _____ E-Mail: _____

Nome: _____ CPF: _____

End. Res.: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP.: _____ Tel. Residl.:(____) _____

Celular: (____) _____ E-Mail: _____

Nome: _____ CPF: _____

End. Res.: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP.: _____ Tel. Residl.:(____) _____

Celular: (____) _____ E-Mail: _____

Nome: _____ CPF: _____

End. Res.: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP.: _____ Tel. Residl.:(____) _____

Celular: (____) _____ E-Mail: _____

Nome: _____ CPF: _____

End. Res.: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP.: _____ Tel. Residl.:(____) _____

Celular: (____) _____ E-Mail: _____

Dissolução: _____
