



**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 EXIGÍDOS PARA
BAIXA DE REGISTRO DE REPRESENTANTE COMERCIAL AUTÔNOMO:**

APRESENTAR:

- 1) Requerimento de Baixa junto ao Conselho (anexo). No campo(*) argumente os motivos por estar requerendo a baixa do registro no CORE/MS;
 - 2) Devolução da Carteira do CORE/MS. Caso a extraviou, alterar a linha onde fala sobre a carteira, e declarar o extravio;
 - 3) Pagamento da Taxa de Cancelamento, se não houver débitos;
 - 4) Fotoc. do Comprovante de Quitação da Contribuição Sindical, devida para o Sindicato dos Representantes Comerciais do MS.
-

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

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

De: Segunda à Sexta-Feira.

**ILMO. SRS. PRESIDENTE E DEMAIS MEMBROS DO CONSELHO
DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.**

Portador(a) do CPF nº _____, brasileiro(a),
residente e domiciliado(a) à _____, na cidade de _____/_____, que adiante assina, **vem**, mui respeitosamente a presença de Vv. Senhorias **Requerer a Baixa do Registro** em nome de _____, portador do CPF nº _____, tendo em vista que, o mesmo faleceu em _____/_____/_____ em virtude de _____.

Declaro que, estou ciente de que uma vez deferido o requerimento e efetivada a baixa, não mais poderei exercer a função de representante comercial, salvo efetivando novo registro, sob pena de incorrer em CONTRAVENÇÃO PENAL, NOS TERMOS DO ART. 47, DA LEI ESPECÍFICA, por caracterizar-se EXERCÍCIO ILEGAL DE PROFISSÃO.

Junto ao presente, **Cópia autenticada da Certidão de Óbito, Comprovante do Pagamento da Taxa de Cancelamento, e Carteira Profissional deste CORE** para o devido arquivamento.

Nestes Termos,

P. Deferimento

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

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