



**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS NO  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – (CORE-MS).**

---

Fone/Fax: (67) 3047-0707 / 9982-0498 – Site: [www.corems.org.br](http://www.corems.org.br) – E-Mail: [corems@corems.org.br](mailto:corems@corems.org.br)

Rua Quintino Bocaiuva, 766 – Jd. Tv Morena – Campo Grande/MS. – CEP 79.050-112.

---

**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;

Obs.: Após o cancelamento do registro junto ao CORE-MS, deve, também, procurar o Sindicato p/ requerer a baixa.

---

**HORÁRIO DE ATENDIMENTO:**

**Das: 7h30 às 11h30 e Das: 13hs às 17hs**

**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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, na qualidade 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 \_\_\_\_\_

Junto ao presente, **Fotocópia autenticada da Certidão de Óbito e Carteira Profissional deste CORE** para o devido arquivamento.

Nestes Termos,

P. Deferimento

\_\_\_\_\_ -MS., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.\_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Representante  
(reconhecer firma)