

ILMO. SR. DIRETOR-PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Eu, _____, na qualidade representante comercial autônomo, registrado junto ao CORE-SP sob o nº _____, venho à presença de V.Sa. requerer a SUSPENSÃO do meu registro, nos termos do artigo 2º da Resolução nº 1.120/2018 – Confere¹, juntando, para tanto:

- (i) Comprovante de o pagamento da taxa de manutenção anual por suspensão; e

- (ii) Comprovante de concessão de benefício de auxílio-doença concedida pelo órgão previdenciário, atestando a incapacidade física temporária para o exercício de atividade profissional.

Ciente que, em caso de deferimento, não são quitados débitos anteriores.

Termos em que,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura

RG:

CPF:

¹ Art. 2º. A suspensão do registro da pessoa física deverá ser requerida anualmente, por escrito, e instruída com a comprovação de que o requerente se encontra em benefício de auxílio doença concedida pelo órgão previdenciário, comprovando sua incapacidade física temporária para o exercício de atividade profissional.