



CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS
NO ESTADO DE SÃO PAULO
CORE-SP

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL PESSOA FÍSICA

SARC (011) 3243-5519 / 3243-5500 – e-mail: cor@core-sp.org.br

PROCEDIMENTOS

1. Preencha os dados e complete todos os itens;
2. Caso tenha havido mudanças, altere no próprio documento;
3. *Dados obrigatórios;

REGISTRO CORE-SP Nº _____ INSCRITO DESDE: _____ ES: _____
NOME*: _____ SEXO: _____
ENDEREÇO*: _____
CIDADE*: _____ ESTADO*: _____ CEP*: _____
TELEFONE*: _____ CELULAR*: _____ E-MAIL*: _____
INSCRIÇÃO NA PREFEITURA Nº. _____ DATA: _____
CPF*: _____ RG*: _____ DATA EMISSÃO: _____ UF: _____
DATA NASCIMENTO: _____ NATURAL DE: _____
NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
PAI: _____ MÃE: _____
CÔNJUGE: _____
EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA CONTATAR: _____ TELEFONE: _____

DADOS DOS DEPENDENTES DO REPRESENTANTE COMERCIAL:

NOME: _____ PARENTESCO: _____
CPF: _____ RG: _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____
NOME: _____ PARENTESCO: _____
CPF: _____ RG: _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____
NOME: _____ PARENTESCO: _____
CPF: _____ RG: _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____
NOME: _____ PARENTESCO: _____
CPF: _____ RG: _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

COLAR FOTO
3 x 4
COLORIDA

AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

NOME
DATA

ASSINATURA _____

Ciente de que a declaração falsa caracteriza o crime de falsidade ideológica, previsto no Código Penal Brasileiro, sujeitando o agente a pena de reclusão. Importará, também, na inexistência de todos os atos e fatos processuais decorrentes na sua apresentação



**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS
NO ESTADO DE SÃO PAULO
CORE-SP**

DADOS IMPORTANTES PARA INDICAÇÃO DE REPRESENTADAS/NEGÓCIOS

DO REPRESENTANTE COMERCIAL:

ATIVIDADES COMPLEMENTARES: COMÉRCIO IMPORT/EXPORT DEPÓSITO REVENDA DISTRIBUIÇÃO INDÚSTRIA

SEGMENTO DE CLIENTES: ATACADISTA VAREJISTA INDUSTRIAL CONSUMIDOR FINAL TODOS

REGIÃO EM QUE ATUA: CAPITAL INTERIOR MERCOSUL CAPITAL E INTERIOR TODAS

POSSUI AUTOMÓVEL SIM NÃO PRÓPRIO DA EMPRESA

TEM COMPUTADOR SIM NÃO NA EMPRESA EM CASA

POSSUI E-MAIL: SIM NÃO SE SIM, INFORMAR _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____ ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: _____

IDIOMA FALADO: INGLÊS ESPANHOL AMBOS OUTRO _____

RAMO DE ATIVIDADE **PRODUTO**

<input type="checkbox"/> ALIMENTÍCIO	<input type="checkbox"/> ESPORTE E LAZER	<input type="checkbox"/> PAPELARIA E LIVRARIA	1-
<input type="checkbox"/> AUTOMOBILÍSTICO	<input type="checkbox"/> ELETRO-ELETRÔNICO	<input type="checkbox"/> PAPÉL E CELULOSE	
<input type="checkbox"/> AGROPECUÁRIO	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO	<input type="checkbox"/> PLÁSTICOS EM GERAL	2-
<input type="checkbox"/> BEBIDAS E CONGÊNERES	<input type="checkbox"/> FERTILIZANTES	<input type="checkbox"/> QUÍMICO	
<input type="checkbox"/> BRINDES	<input type="checkbox"/> HIGIENE	<input type="checkbox"/> SEGURANÇA	3-
<input type="checkbox"/> BENS DE CAPITAL	<input type="checkbox"/> JÓIAS E ACESSÓRIOS	<input type="checkbox"/> TEXTIL	
<input type="checkbox"/> BRINQUEDOS	<input type="checkbox"/> INFORMÁTICA/TELECOMUNICAÇÃO	<input type="checkbox"/> VESTUÁRIO	4-
<input type="checkbox"/> CONSTRUÇÃO CIVIL	<input type="checkbox"/> MADEIRA	<input type="checkbox"/> VETERINÁRIO	
<input type="checkbox"/> COURO	<input type="checkbox"/> MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/>	5-
<input type="checkbox"/> DECORAÇÃO	<input type="checkbox"/> MÉDICO-HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO E CULTURA	<input type="checkbox"/> METAIS	<input type="checkbox"/>	6-
<input type="checkbox"/> ELETRO-DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> MOBILIÁRIO	<input type="checkbox"/>	

INDIQUE O SEU RAMO DE ATIVIDADE (ATÉ 02) E NO MÁXIMO (06) SEIS PRODUTOS QUE VOCÊ REPRESENTA OU GOSTARIA DE REPRESENTAR
OS PRODUTOS QUE VOCÊ REPRESENTA OU GOSTARIA DE REPRESENTAR SÃO: - NACIONAIS IMPORTADOS AMBOS

ORIGEM DO PRODUTO ATUAL: _____

