

**REQUERIMENTO SUSPENSÃO DE REGISTRO
PESSOA FÍSICA**

ILMO. SR.

**DIRETOR-PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES
COMERCIAIS NO ESTADO DO AMAZONAS – CORE-AM**

Eu, _____,

portador do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o
nº _____, com registro neste Conselho Regional sob o
nº _____, como representante comercial autônomo, residente

nº _____ bairro _____

Cep. _____ na cidade de _____-AM.

Venho à presença de V. Sa., **requerer a SUSPENSÃO** do registro
nº _____, nos termos do artigo 2º da Resolução nº 1.120/2018 –
Confere¹, juntando, para tanto:

() 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, terei que efetuar o pagamento da taxa de
suspensão e quitar os débitos anteriores por ventura existentes.

Termos em que,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura

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.
