**TERMO DE CONHECIMENTO**

A partir da presente data, V.Sa. Encontra-se legalmente habilitado (a), para o desemprenho do exercício da atividade de REPRESENTANTE COMERCIAL, conforme estabelecido o artigo 2º da Lei 4886/65.

De acordo com a legislação acima mencionada, o registro no Conselho Regional é habilitatório, surgindo com ele, à obrigatoriedade do pagamento das ANUIDADES. Os fatos geradores destas obrigações provêm da existência do registro, não provendo, o diploma legal acima referido, a possibilidade de sua SUSPENSÃO TEMPORÁRIA do registro.

Desta forma, ***se futuramente V.sa deixar de exercer a profissão***, será necessário que adote as seguintes providências: **requerimento escrito** e assinado que deve ser encaminhado por correio ou protocolado no departamento de documentação, **solicitando o cancelamento** do seu registro; **devolução da Carteira** Profissional e/ou Cédula de Identidade, **certidão de baixa da empresa na junta comercial** e a prova de estar em dia com as anuidades até a data do requerimento.

É **importante** frisar que o **exercício de outra atividade**, paralela ou não, seja autônoma ou empregatícia, **NÃO ISENTA** o Representante Comercial dos pagamentos das contribuições devidas ao CORE-MT e ao SIRECOM-MT.

**A omissão quanto ao pedido de cancelamento**, autorizada que este Conselho Profissional permaneça a realizar a cobrança das anuidades até a efetivação do pedido de CANCELAMENTO DO REGISTRO. Outrossim, é necessário informa que **o não envio/recebimento do boleto bancário**, não implica na isenção e/ou anistia das anuidades.

A ocorrência do não pagamento dos emolumentos devidos ensejará a inscrição do respectivo débito da **DÍVIDA ATIVA** e o ajuizamento da competente **AÇÃO DE EXECUÇÃO FISCAL** perante a **JUSTIÇA FEDERAL**.

**Ciente,**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de20\_\_\_\_\_\_

Cidade/MT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Responsável