



**AO CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA – 7ª REGIÃO/SC**

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA FÍSICA  
PROFISSIONAL DE COMÉRCIO EXTERIOR**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ nos termos da Lei n.º 1.411, de 13/08/51, em especial seus artigos 10, alínea “a”, 14, 15, 16, do Decreto n.º 31.794, de 17/11/52, e da Resolução nº 1.945, de 30 de novembro de 2015 do Conselho Federal de Economia, o(a) Bacharel abaixo identificado(a) venho REQUERER a esse CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA o seu Registro de **Profissional de Comércio Exterior**, anexando a este Requerimento toda documentação necessária para tal finalidade.

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

End. Residencial: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ SC: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

End. Profissional: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ SC: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Tel.Comercial:( ) \_\_\_\_\_ Cel. Com.:( ) \_\_\_\_\_

E-Mail comercial: \_\_\_\_\_

Permite receber newsletter? ( ) sim ( ) não

**End. correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial**

RG: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Município/SC: \_\_\_\_\_ Data de Emissão Título: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Raça (cor): \_\_\_\_\_ Data/Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naturalidade/SC: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nome do Cônjuge: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Certificado de reservista nº: \_\_\_\_\_ CSM: \_\_\_\_\_

Doador de órgãos e tecidos: ( ) sim ( ) não

Tipo Sanguíneo/Fator RH: \_\_\_\_\_

Deficiência física: ( ) sim ( ) não / Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Empresa em que Trabalha: \_\_\_\_\_

( ) Pública ( ) Privada / Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Atividades exercidas: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE/FACULDADE: \_\_\_\_\_

Nome do Curso: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Datada da Colação de Grau: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIPLOMA: ( ) SIM ( ) NÃO / Datada de Emissão do Diploma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nível de Escolaridade:**

( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós Graduação qual? \_\_\_\_\_

( ) Mestre qual? \_\_\_\_\_

( ) Doutor (a) qual? \_\_\_\_\_

( ) Pós Doutor(a) qual? \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados ao Corecon/SC, para solicitar o **REGISTRO DE PROFISSIONAL DE COMÉRCIO EXTERIOR**, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade. Fico ciente que a falsidade desses documentos ou dessa declaração configuram crimes, previstos nos artigos 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração junto ao Poder Judiciário. Declaro ainda, que estou ciente de que a não atualização dos dados cadastrais isentará o Corecon/SC da responsabilidade do extravio de correspondências que venham a ser encaminhadas em meu nome. Declaro ainda estar ciente da **obrigatoriedade do recolhimento das anuidades futuras decorrente deste registro**, cuja responsabilidade cessará somente com a formalização do pedido de cancelamento e seu deferimento pelo Corecon/SC, nos termos das normas legais vigentes à época do pedido. Declaro, também, que **me comprometo** a atualizar os dados acima descritos, em especial, o endereço para correspondência, e-mail e telefone(s) para contato. Por fim, **autorizo** o tratamento dos dados pessoais acima informados para finalidade específica de cumprimento de obrigação legal ou regulatória, além de uso compartilhado com outros agentes de tratamento de dados, observados os princípios e as garantias previstas em lei, e para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo, inclusive para quando voltados à proteção do crédito, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Profissional*

**Preenchimento exclusivo do Conselho**

Proc. Adm.: \_\_\_\_\_ Registro Nº \_\_\_\_\_ Sede ( ) ou ( ) Delegacia: \_\_\_\_\_

Tipo de Registro: \_\_\_\_\_ Livro de Registro: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_