



Grande Oriente do Brasil no Estado do Rio de Janeiro

FEDERADO AO GRANDE ORIENTE DO BRASIL

Sec. Est. de Prev. e Assist. Social

MÚTUA MAÇÔNICA

FICHA DE INSCRIÇÃO NA MÚTUA MAÇÔNICA

Nº _____ DATA: _____ de _____ de _____

NOME _____ CIM _____

NACIONALIDADE _____ ESTADO CIVIL _____ NASCIDO EM _____ NATURALIDADE _____

PROFISSÃO _____ Nº IDENTIDADE _____ CPF _____ TIPO SANG _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ Nº _____ APTº _____ BLOCO _____ BAIRRO _____

DDD TELEF Resid. _____ TELEF Trab. _____ MUNICÍPIO _____ CEP _____

NOME DA ESPOSA _____ Nº FIL _____ MASC. _____ FEMIN. _____ IDENTIDADE DA ESP/COMP _____

NOME DA LOJA MAÇÔNICA PELA QUAL RECOLHE _____ Nº _____ MUNICÍPIO _____

ENDEREÇO DA LOJA _____ Nº _____ CEP _____ TELEFONE _____

INICIADO _____ FILIADO _____ REGULARIZADO _____ PLACETADO EM _____ EXC. da ORDEM _____ COBERTO EM _____ FALECIDO EM _____

MOD. 05

TERMO DE ADEÇÃO

Eu, abaixo assinado, devidamente identificado no verso deste termo, solicito voluntária e de livre vontade, minha inclusão na MÚTUA MAÇÔNICA DO GOB-RJ, e AUTORIZO a Loja constante nesta ficha e pela qual recolho a TAXA DE ATIVIDADE (GOB-RJ/GOB) a agir em meu nome perante a MÚTUA MAÇÔNICA do Grande Oriente do Brasil no Estado do Rio de Janeiro, no cumprimento de seu Regulamento e Estatuto, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes à minha inscrição ser(em) encaminhado(s) diretamente à aludida Loja que, para tal, fica investida dos poderes de representação.

Fica entendido que os poderes de representação ora outorgados, não lhes darão o direito de cancelar minha inscrição sem meu conhecimento prévio e enquanto meu nome constar no Quadro da Loja onde sou membro efetivo. O valor do pecúlio será pago na proporção da quantidade de beneficiários, quando não houver indicação de percentual de pagamento distinto para cada um deles.

Em caso de falecimento de um dos beneficiários, a parcela a ele atribuída será paga aos beneficiários remanescentes, mantida a proporcionalidade originalmente estabelecida.

DECLARO estar ciente de que, se for excluído do Quadro da Loja através de Processo ou venha a me tornar IRREGULAR perante ao GOB-RJ, perderei o direito, bem como meus beneficiários, ao valor ou valores que estiver ou estiverem estipulados na época, desobrigando-a de qualquer forma de comunicação prévia, notificação ou aviso.

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

Para efeito de benefício, nomeio abaixo como meu(s) beneficiário(s) na ordem que segue:

NOME	PARENTESCO	PERCENTUAL

_____ de _____ de _____

Assinatura do Mutualista e CIM

Assinatura do Venerável e CIM

PREENCHER À MÁQUINA OU COM LETRA DE FORMA