N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | | CIM | | | |
| NACIONALIDADE | ESTADO CIVIL | | | | NASCIMENTO | | | NATURALIDADE | | | |
| PROFISSÃO | N° IDENTIDADE | | | | CPF | | | TIPO SANG | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | N° | | | COMPLEMENTO | | | BAIRRO | | |
| TELEFONE (COM DDD) | CELULAR (COM DDD) | | | MUNICÍPIO | | | | | | CEP | |
| NOME DA ESPOSA | | IDENTIDADE | | | | | CPF | | | | N° FILHOS |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DA LOJA MAÇÔNICA PELA QUAL RECOLHE | | | | N° | | MUNICÍPIO | | | |
| ENDEREÇO DA LOJA | | | | N° | | CEP | | TELEFONE | |
| INICIADO | FILIADO | REGULARIZADO | PLACETADO EM | | EXC. da ORDEM | | COBERTO EM | | FALECIDO EM |

**TERMO DE ADESÃO**

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