



G.: L.: M.: E.: E.: S.:
CAIXA DE BENEFICÊNCIA MAÇÔNICA - CBM

Av. Joubert de Barros, 358 - Bento Ferreira - Vitória - Esp. Santo - CEP 29050-720
Tel.:(27) 2124-1000 - Fax.:(27) 3345-5900



FICHA DE INSCRIÇÃO/ ATUALIZAÇÃO

Nome: _____

Cadastro N°: _____ Loja n.º _____

CPF: _____ Identidade: _____ Nascimento: _____

Iniciação: _____

Endereços

Residencial: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Comercial: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Nome da Esposa ou Companheira para fins de Auxílio Funeral:

Declaração de Beneficiários para Pecúlio (Sujeito à Alteração)

Nome	Parentesco	Data Nasc.	CPF	%

Declaro para os devidos fins que não sou portador de doenças infecto-contagiosas de acordo com o exigido pelo § 3º do Art. 16 do Regulamento Social Consolidado da Caixa de Beneficência Maçônica.

Local: _____ Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Visto:

Ven. Mestre

Tesoureiro

Secretário