



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DO ESTADO DA ECONOMIA

Versão 06	<b>REQUERIMENTO PARA APOSENTADORIA DE FACULTATIVO DOBRISTA</b>
-----------	--

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº.: \_\_\_\_\_ Qd.: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
CPF.: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta-Corrente: \_\_\_\_\_  
E-mail (obrigatório): \_\_\_\_\_  
Matrícula Funcional: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Aposentadoria:</b>
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Integral; <input type="checkbox"/> Aposentadoria Proporcional; <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez.
<b>Relação de Documentos Obrigatórios:</b>
<input type="checkbox"/> Cópias legíveis do RG e do CPF <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço atualizado. <input type="checkbox"/> Cópia da última guia de recolhimento da contribuição; <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante da abertura de C/C banco CAIXA (ex: cabeçalho de extrato bancário). <input type="checkbox"/> Declaração de não-acumulação de cargos e benefícios. <input type="checkbox"/> Cópia da procuração, se for o caso. <input type="checkbox"/> Laudo médico original para aposentadoria por invalidez, se for o caso. <input type="checkbox"/> Atestado médico original para aposentadoria por invalidez, se for o caso. <input type="checkbox"/> CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais. (INSS) <input type="checkbox"/> Cópia do último contracheque ou demonstrativo de crédito/benefício referente a qualquer outro cargo, emprego ou benefício previdenciário acumulado.
<b>Orientações Gerais</b>
1 - Tratando-se de requerimento feito via procuração, é necessária a anexação de cópia do RG, CPF ou OAB do procurador e do outorgante. 2 - A não apresentação de um dos documentos acima impossibilita o andamento do processo.

GOIÂNIA, ao (s) \_\_\_\_\_ dia (s) do mês de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do requerente / Procurador, de acordo com o documento de identidade apresentado)



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DO ESTADO DA ECONOMIA

Versão 06	<b>DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS E BENEFÍCIOS PARA SEGURADOS DA LEI Nº 15.150/05.</b>
-----------	--

Em atendimento à determinação do Egrégio Tribunal de Contas do Estado, que nos termos do art. 3, § 2º, inciso III, alínea “a”, da Resolução Normativa – TCE – nº. 002/2001, solicita Declaração de não acumulação de cargos públicos, ou Declaração de Acumulação legal, devidamente assinada pelo (a) servidor (a).

Eu \_\_\_\_\_

como contribuinte:

- ( ) Cartorário;  
( ) Facultativo Dobrista.

de conformidade com a Resolução acima, declaro, **CIENTE** das penalidades previstas na legislação civil, penal e administrativa (art. 299 do Código Penal), responsabilizando-me integralmente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão das informações prestadas. As informações abrangem as esferas Federal, Estadual e Municipal, em todos os Poderes e tipos de administração (Direta, Sociedade de Economia Mista, Empresas, Fundações e Autarquias) que:

A - ( ) Não ocupo outro cargo, função ou emprego público;

B - ( ) Ocupo o(s) seguinte (s) cargos (s) emprego (s) público (s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Órgão \_\_\_\_\_

C - ( ) Estou ou ( ) não estou aposentado (a) em outro cargo / emprego público;

D - ( ) Estou ou ( ) não estou em gozo de licença ou disponibilidade em outro cargo / emprego público.

E - ( ) Posso ou ( ) não possuo outro benefício previdenciário.

GOIÂNIA, ao (s) \_\_\_\_ dia (s) do mês de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do requerente / Procurador, de acordo com o documento de identidade apresentado)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do requerente / procurador, de acordo com o documento de identidade apresentado)