



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DO ESTADO DA ECONOMIA

Versão 05	<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: \_\_\_\_\_ Matrícula Funcional: \_\_\_\_\_

**Tipo de Aposentadoria:**

- Aposentadoria Integral;  
 Aposentadoria Proporcional;  
 Aposentadoria por Invalidez.

**Relação de Documentos Obrigatórios:**

- Cópias legíveis do RG e do CPF  
 Cópia do comprovante de endereço atualizado.  
 Cópia da última guia de recolhimento da contribuição;  
 Cópia do comprovante da abertura de C/C banco CAIXA (ex: cabeçalho de extrato bancário).  
 Declaração de não-acumulação de cargos e benefícios.  
 Cópia da procuração, se for o caso.  
 Laudo médico original para aposentadoria por invalidez, se for o caso.  
 Atestado médico original para aposentadoria por invalidez, se for o caso.  
 CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais. (INSS)

**Orientações Gerais**

1 - Tratando-se de requerimento feito via procuração, é necessária a anexação de cópia do RG e CPF do procurador e do outorgante.

2 - A não apresentação de um dos documentos acima impossibilita o andamento do processo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Cidade) (Dia) (Mês) (Ano)

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



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DO ESTADO DA ECONOMIA

Versão 05

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS E  
BENEFÍCIOS  
PARA SEGURADOS DA LEI Nº 15.150/05.**

Atendendo 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, responsabilizando-me penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão que, na esfera Federal, Estadual e Municipal, seus Poderes, na Administração Direta, Sociedade de Economia Mista, Empresa, 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 - ( ) Posuo ou ( ) não posuo outro benefício previdenciário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
(Cidade) (Dia) (Mês) (Ano)

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