



Estado de Goiás

Versão 17

REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE

Requerente: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Telefone Res: _____ Comercial: _____ Celular: _____

Cargo: _____ Órgão de Origem: _____

Já usufruiu do benefício anteriormente () sim () não, processo nº _____

Requer a Isenção do Imposto de Renda Retido na Fonte, com fundamento nos incisos XIV e XXI do artigo 6º da Lei nº 7.713/1988 e Instrução Normativa RFB nº 1500, de 29 de outubro de 2014.

Documentação Necessária
1- Cópia da carteira de identidade e CPF; 2- Cópia do comprovante de endereço com CEP; 3- Cópia do Diário Oficial com a publicação do ato de aposentadoria, reforma ou transferência para a reserva remunerada; 4- Último contracheque; 5- Relatório do médico particular original ou cópia autenticada sem rasuras; 6- Exames atuais e os que comprovem o início da patologia;
Orientações Complementares
1- Servidor aposentado por incapacidade: juntar cópia autenticada do parecer médico original, emitido pela junta médica oficial que atestou a incapacidade laborativa, ou sua cópia atestada por servidor responsável; 2- Militares Reformados: juntar cópia autenticada do parecer médico pericial original, emitido pela junta médica da Polícia Militar; 3- Tratando-se de requerimento feito via procuraçāo, é necessária a anexação de cópia de RG e CPF do procurador e do outorgante; 4- A não apresentação de um dos documentos acima impossibilita o andamento do processo.

() Autorizo que seja informado no laudo médico pericial, a ser emitido pela Junta Médica Oficial, a doença da qual sou portador(a), com o respectivo CID;

() Ciente da necessidade de agendamento de perícia médica pelo telefone: (62) 3201-6800, a partir de 20 (vinte) dias da data de autuação do processo (aposentados e pensionistas).

_____, ____ / ____ / ____.
(Cidade) (Data)

(Assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)



Estado de Goiás

Versão 6

NOTIFICAÇÃO PARA PERÍCIA MÉDICA – MULTI

A Goiás Previdência – GOIASPREV –, no uso de suas atribuições legais, nos termos da Lei nº 13.800/2001 e para o bom andamento de seu pedido, **NOTIFICA** Vossa Senhoria da necessidade de comparecer à Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor, localizada à Av. Tocantins, esq. com a Rua 12, nº 107, Setor Central, para submeter-se à perícia médica, a fim de diagnosticar, mediante Laudo Médico Oficial, sua condição de saúde.

Ressaltamos a necessidade de **agendamento prévio** da perícia médica, a partir de 20 (vinte) dias contados desta data, pelo **Telefone: (62) 3201-6800**.

Na oportunidade, informamos que o não atendimento impedirá a análise de seu pedido e, consequentemente, o arquivamento do processo.

COORDENAÇÃO DE MULTATENDIMENTO DA GOIÁS PREVIDÊNCIA -
GOIASPREV, em Goiânia, aos _____ dias do mês de _____ .

(Atendente do Multi)

Declaro estar ciente dos termos desta notificação.

(Assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)