



Estado de Goiás

Versão 15	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 invalidez: 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 procuração, 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) 3269.4310 ou pelo e-mail jmo@goias.gov.br a partir de 30 (trinta) 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 4

## 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 30 (trinta) dias contados desta data, pelo **Telefone: (62) 3269-4310** ou pelo **e-mail jmo@goias.gov.br**.

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

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

---

(Atendente do Multi)

Declaro estar ciente dos termos desta notificação.

---

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