



Estado de Goiás

Versão 14

## 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 e (62) 3201.6824, 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)