



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DA FAZENDA

Versão: 03	<b>REQUERIMENTO PARA APOSENTADORIA DE CARTORÁRIO</b>
------------	--

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº.: \_\_\_\_\_ Qd.: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Cartório: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta-Corrente: \_\_\_\_\_

<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"/> Cópia do RG e CPF; <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço; <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante da abertura de C/C banco CAIXA (ex: cabeçalho de extrato bancário); <input type="checkbox"/> Cópia da última guia de recolhimento da contribuição; <input type="checkbox"/> Cópia da Portaria de Nomeação / Decreto de Posse; <input type="checkbox"/> Declaração de não-acumulação de cargos; <input type="checkbox"/> Declaração ou Histórico Funcional atualizada emitida pelo Tribunal de Justiça; <input type="checkbox"/> Atestado médico para aposentadoria por invalidez, se for o caso (original).

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente