|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTÉRIO DA DEFESA****EXÉRCITO BRASILEIRO****.............................................** | **CAPEADOR DO PROCESSO DE PAGAMENTO DE AUXÍLIO-FUNERAL** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidade |  |  | Requerente | ( ) Militar |
| Fone |  | Ramal |  |  | ( ) Viúvo(a) de militar |
| Documento n~~º~~ |  | Data |  |  | ( ) Beneficiário de Pensão militar |
| Anexos | ( ) Requerimento |  | ( ) Terceiro |
| ( ) Cópia da Certidão de Óbito |  | ( ) Familiar de Servidor Civil |
| ( ) Cópia Idt e CPF do requerente |  | Contato com |  |
| ( ) CONDOMCRED (SIAFI) |  | DDD/Telefone |  |
| ( ) Cópia do último contracheque |  | e-mail |  |
| ( ) Nota Fiscal original |  |
| ( ) Cópia comprovante parentesco (servidor) |  |
| ( ) Cópia Título de Pensão Viúva |  |
| ( ) Cópia comprovante dependência econômica |  |
|  |  |  |  |
| **DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE** |
|  |  |  |  |
| Nome Completo |  |
| Identidade n~~º~~ |  | Órgão Exp |  | UF |  | CPF |  |
| Dados Bancários (SIAFI) | Banco |  | Agência |  | C/C |  |
|  |
| **DADOS DA PESSOA FALECIDA** |
|  |  |  |  |
| Nome Completo |  |
| CPF |  | Data do Óbito |  |
|  |
| **SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO** |
| Responsabilizo-me pelas informações inseridas neste Capeador, à luz de toda a documentação apresentada, devendo ser efetuado o pagamento ao Requerente do auxílio-funeral ou da indenização.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura Cmt/Ch/Dir OM/OP/SSIP |
| **DADOS PESSOAIS DA AUTORIDADE SOLICITANTE DO PAGAMENTO** |
|  |  |  |  |
| Nome Completo |  |
| Posto |  | Identidade |  | CPF |  |
| **Observação: 1 (uma) via deste Capeador deverá ser encaminhada à RM por FAX ou outro meio eletrônico, na mesma data do requerimento, juntamente com 1 (uma) cópia do Contracheque e da Certidão de Óbito, e, quando for o caso, da Nota Fiscal original.** |
|  |
| **CÁLCULO DO VALOR DEVIDO (PARA USO DA RM)** |
| Remuneração bruta | R$  | Ch Setor Financeiro |
| (-) salário-família | R$ | Pago em |  |
| (-) outros direitos remuneratórios não inclusos | R$ |  |
| (=) TOTAL | R$ | Assinatura |
| ou |  | Nome |  |
| Indenização do valor pago (Terceiro) | R$ | Posto |  | CPF |  |
| Responsável pelo Cálculo e Análise do Capeador |  |
| Assinatura |
| Nome |  |
| Posto/Grad |  | CPF |  |
| Autorizo o pagamento (OD) |  |
| Assinatura |
| Nome |  |
| Posto |  | CPF |  |