**CAPEADOR**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

**.............................................**

**CAPEADOR DO PROCESSO DE PAGAMENTO DE AUXÍLIO-FUNERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidade |  | | | |  | Requerente | ( ) Militar  ( ) Companheiro(a) Viúvo(a) de militar  ( ) Beneficiário(a) de Pensão  Militar  ( ) Terceiro  ( ) Familiar de Servidor Civil | |
| Telefone |  | Ramal |  |
| Doc n~~º~~ |  | | Data |  |
| Anexos | ( ) Requerimento | | | |
| ( ) Cópia da Certidão de Óbito | | | |
| ( ) Cópia Idt e CPF do requerente e do(a) falecido(a) | | | | Contato OM | | |
| ( ) CONDOMCRED (SIAFI) | | | |
| ( ) Cópia do contracheque no mês do óbito | | | | DDD/Telefone | |  |
| ( ) Cópia da nota fiscal | | | |
| ( ) Cópia do comprovante de parentesco  (servidor) | | | |
| ( ) Declaração do Cmt da OM que o(a) beneficiário(a) é pensionista militar | | | |  | |  |
| ( ) Cópia do comprovante de dependência econômica | | | |  | |  |

**DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo |  | |  | |  | |  | | |
| Identidade nº |  | |  | Órgão Exp |  | UF |  | CPF |  |
| Dados Bancár | ios (SIAFI) | Banco |  | |  | Agência |  | C/C |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DADOS DA PESSOA FALECIDA** | | |
|  |  | | |
| Nome Completo e Parentesco |  | | |
| CPF/Prec-CP |  | 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/SVP/SAS** |

**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$ | | | | |
| (-) salário-família | R$ | | Pago em |  | |
| (-) outros direitos remuneratórios não  inclusos | R$ | |  | | |
| (=) TOTAL | R$ | |
| Chefe do Setor Financeiro |  | | | | |
| Assinatura | | | | |
| Nome |  | | | |
| Posto |  | CPF | |  |
|  | ou | | | | |
| Indenização do valor pago (Terceiro) | R$ | | | | |
| Responsável pelo Cálculo e Análise do Capeador |  | | | | |
| Assinatura | | | | |
| Nome |  | | | |
| Posto/Grad |  | CPF | |  |
| Autorizo o pagamento (OD) |  | | | | |
| Assinatura | | | | |
| Nome |  | | | |
| Posto |  | CPF | |  |