**CAPEADOR**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidade |  | | | | | | | | |  | Requerente | | ( ) Militar | | | |
| Telefone | |  | | | | Ramal | |  |  | ( ) Companheiro(a) Viúvo(a) de militar  ( ) Beneficiário(a) de Pensão | | | |
| Doc n~~º~~ |  | | | | | | Data | |  |  | Militar | | | |
| Anexos | ( ) Requerimento | | | | | | | | |  | ( ) Terceiro | | | |
| ( ) Cópia da Certidão de Óbito | | | | | | | | |  | ( ) Familiar de Servidor Civil | | | |
| ( ) 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 n~~º~~ |  | | | | | Órgão Exp | |  | | | UF |  | | | CPF |  |
| Dados Bancários (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 | | | |  | | |