**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/SVP R/SVP Gu** |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS DA AUTORIDADE SOLICITANTE DO PAGAMENTO** |
|  |  |  |  |
| Nome Completo |  |
| Posto |  | Identidade |  | CPF |  |
| **Observação: 1 (uma) via deste Capeador deverá ser encaminhada à OM responsável, na mesma data do requerimento, juntamente com 1 (uma) cópia do requerimento, 1 (uma) cópia do Contracheque e 1 (uma) cópia da Certidão de Óbito, e, quando for o caso, da nota fiscal original (digitalizados).** |
|  |
| **CÁLCULO DO VALOR DEVIDO (PARA USO DA OM RESPONSÁVEL)** |
| 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 |  |