

**CAPEADOR**

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO

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

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

**DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE**

Nome Completo							
Identidade nº		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

<b>DADOS PESSOAIS DA AUTORIDADE SOLICITANTE DO PAGAMENTO</b>
--

Nome Completo			
Posto		Identidade	CPF
<b>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.</b>			

<b>CÁLCULO DO VALOR DEVIDO (PARA USO DA RM)</b>
---

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	