

CAPEADOR



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO**

CAPEADOR DO PROCESSO DE PAGAMENTO DE AUXÍLIO-FUNERAL

Unidade	Telefone	Ramal		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
Doc nº		Data			
Anexos	<input type="checkbox"/> Requerimento				
	<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					
Contato OM				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

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