**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  |   |