FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE ÓBITO - SICLOM

Identificação da Unidade

1 – Unidade Dispensadora (local de retirada de medicamento)

Identificações do Usuário SUS

2 - Nome Completo do Usuário SUS

3- Nome Completo da Mãe / Responsável

4 - Naturalidade (Cidade / UF)

5 - Data de Nascimento

Informações do Óbito

6 - Data do Óbito

7 - Responsável pela Comunicação

Data:

_____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura: _____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Preencher o formulário em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas.
- Os campos sobreados são de preenchimento obrigatório.

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. Unidade Dispensadora	Nome da unidade dispensadora que o Usuário SUS estava cadastrado para a retirada de medicamentos.
2. Nome completo do Usuário SUS	Nome completo do Usuário SUS, sem qualquer abreviação.
3. Nome completo da mãe do Usuário SUS ou Responsável	Nome completo da mãe ou responsável pelao Usuário SUS, sem qualquer abreviação.
4. Naturalidade (cidade/UF)	Nome da cidade de nascimento e Unidade da Federação. Para os estrangeiros, informar neste campo o país de nascimento.
5. Data de Nascimento	Informar a data de nascimento do Usuário SUS.
6. Data do Óbito	Data do óbito do Usuário SUS no formato DD/MM/AAAA.
7. Responsável pela Comunicação	Data da comunicação do óbito, nome e assinatura da pessoa responsável pelo fornecimento das informações.

Versão 1 – Março de 2007.