



REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA | RESP

MONITORAMENTO INTEGRADO DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DE CONDIÇÕES RELACIONADAS ÀS INFECÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO, IDENTIFICADAS NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERICULTURA

I. BLOCO DE CAMPOS ABERTOS – FORMULÁRIO ON-LINE

ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
1	Data da Notificação	Data	DD/MM/AAAA	Data de preenchimento do formulário/ficha	* Campo obrigatório. Permite registros de datas a partir de <01/01/2015>	DT_NOTIFICACAO
2	Notificação de	Categórica (5)	<ul style="list-style-type: none">FetoAborto espontâneoNatimortoRecém-nascido (<= 28 dias)Criança (>28 dias)	Condição notificada no momento do preenchimento do formulário	* Campo obrigatório. Segundo definição vigente no protocolo integrado, disponível no endereço www.saude.gov.br	TP_NOTIFICACAO
Dados para identificação da gestante ou puérpera Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.						
3	Nome da gestante/mãe	Texto (70)		Nome completo (Sem abreviações)	* Campo obrigatório.	NO_GESTANTE
4	Número do Prontuário	Número (50)		Número do prontuário médico hospitalar	Preencher o número do prontuário de atendimento.	NU_PRONTUARIO
5	Tipo de Documento	Categórica (4)	<ul style="list-style-type: none">Cartão SUS (preferencialmente)CPFCarteira de Identidade (RG)Sem documento de Identificação	Tipo de documentação apresentada no momento do preenchimento do formulário	* Campo obrigatório. Solicitar o documento Cartão SUS preferencialmente	TP_DOCUMENTO
6	Número do Cartão SUS, CPF ou RG	Número (15)		Número do documento	* Campo obrigatório. <ul style="list-style-type: none">Preencher o número do documento apresentado.Caso não apresente documentação no momento do preenchimento do formulário, preencher com "0" em todo campo.	NU_CARTAO_SUS_CPF



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
7	Data de Nascimento da gestante/mãe	Data	DD/MM/AAAA	Data de nascimento da gestante/ mãe	Caso não saiba a data de nascimento, preencher o campo com 31/12/2015	DT_NASCIMENTO
8	Idade de gestante/mãe	Número (3)		Idade da mãe	* Campo obrigatório. Caso não tenha documento coloque 99 em todo o campo	NU_IDADE_GESTANTE
9	Raça/cor da gestante/mãe	Categórica (6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Branca▪ Preta▪ Amarela▪ Parda▪ Indígena▪ Sem informação		* Campo obrigatório. Selecionar a raça/cor declarada	CO_RACA_COR
10	DSEI	Categórica (35)	Distrito Sanitário Especial Indígena, conforme www.saude.gov.br/sesai	Seleção do DSEI	Se raça indígena, informar a opção de qual DSEI pertence	DSEI
11	Etnia	Categórica	Distrito Sanitário Especial Indígena, conforme www.saude.gov.br/sesai	Seleção da Etnia	Visualização geral de todas as Etnias Se raça indígena, informar a qual Etnia pertence	ETNIA
12	UF de residência da gestante/mãe	Categórica (27)		Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE (tabela municipi.dbf)	* Campo obrigatório. Selecionar Unidade Federada de residência da gestante/mãe	SG_UF_RESIDENCIA
13	Município de residência da gestante/mãe	Categórica (5569)		Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	* Campo obrigatório. Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	CO_MUN_IBGE_MAE
14	Bairro	Texto (62)		Bairro do endereço de residência da gestante/mãe	Preencher o bairro de residência da gestante/mãe	NO_BAIRRO_RESIDENCIA
15	CEP	Número (9)		Código de endereçamento postal da gestante/mãe	Preencher o CEP de residência da gestante/mãe	NU_CEP_RESIDENCIA



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
16	Logradouro (Rua, Avenida)	Alfanumérico (73)		Logradouro de residência da gestante/mãe	* Campo obrigatório. Preencher o logradouro (rua, avenida) de residência da gestante/mãe	DS_LOGRADOURO_RESIDENCIA
17	Número	Número (4)		Número da residência da gestante/mãe	* Campo obrigatório. Preencher o número de residência da gestante/mãe	NU_LOGRADOURO_RESIDENCIA
18	Ponto de Referência	Alfanumérico (89)		Informações sobre local próximo a residência da gestante/mãe	Preencher o ponto de referência de residência da gestante/mãe	DS_COMPLEMENTO_RESIDENCIA
19	DDD	Numérico (2)		Número do DDD – Discagem direta a distância da gestante/mãe	* Campo obrigatório. Preencher o DDD de residência da gestante/mãe	NU_DDD_RESIDENCIA
20	Número de contato (fixo ou celular)	Numérico (10)		Número de telefone de contato da gestante/mãe	* Campo obrigatório. Preencher o número de contato (fixo ou celular) de residência da gestante/mãe	NU_TELEFONE_RESIDENCIA
21	Nome do Recém-nascido ou lactente	Texto (52)		Nome completo (Sem abreviações)	* Campo obrigatório. Caso não tenha nascido ou não tiver nome, selecionar a opção ao lado (Checkbox)	NO_RECEM_NASCIDO
22	Sexo	Categórica (4)	<ul style="list-style-type: none">▪ Masculino▪ Feminino▪ Indeterminado▪ Ignorado	Sexo do notificado	* Campo obrigatório. Caso não tenha nascido, preencher como “IGNORADO”	TP_SEXO
25	Data de Nascimento			Data de nascimento do recém-nascido	Preencher a data de nascimento do recém-nascido	DT_NASCIMENTO_RN
26	SE Nascimento (campo interno) ??	Numérico (2)		Semana Epidemiológica do nascimento	Preencher a semana epidemiológica do nascimento	DW_SEMANA_NASC
27	Peso (em gramas)	Numérico (7)		Peso do nascido vivo ou lactente	Preencher o peso (em gramas) do recém-nascido	NU_PESO



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
28	Comprimento (em centímetros)	Numérico (5)		Comprimento do nascido vivo ou lactente	Preencher o comprimento (em centímetros) do recém-nascido	NU_COMPRIMENTO
29	Número da declaração de nascido vivo - DNV	Numérico (22)		Número do registro da declaração de nascido vivo - DNV	Preencher o número da declaração de nascido vivo - DNV	NU_DN
30	Tipo de alteração congênita	Categórico (8)	<ul style="list-style-type: none">Microcefalia apenasMicrocefalia com alteração do SNCMicrocefalia com outras alterações congênicasAlterações congênicas sem microcefaliaDeficiência NeurológicaDeficiência AuditivaDeficiência VisualIgnorado	Alterações congênicas	<p>* Campo obrigatório.</p> <ul style="list-style-type: none">Selecionar uma ou mais de uma opção dos tipos de alterações congênicas apresentadas pelo Feto, recém-nascido, natimorto ou criança.Segundo definição vigente no protocolo integrado, disponível no endereço www.saude.gov.br	Combo Multi
31	Quando foi detectada a alteração congênita	Categórico (4)	<ul style="list-style-type: none">Intrauterino (na gestação)Pós-PartoNão identificada a microcefalia (alteração congênita)?Ignorado	Momento em que foi identificada a alteração congênita	<p>* Campo obrigatório.</p> <p>Selecionar em que momento foi identificada a alteração congênita.</p>	TP_DETECCAO_MICROCEFALIA
32	Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas)	Numérico (2)		Semanas de Gestação	<p>* Campo obrigatório.</p> <p>Preencher a idade gestacional em semanas, caso seja feto e tenha detectado na gestação ou no momento do parto. Caso não tenha microcefalia preencher com "99"</p>	QT_TEMPO_GEST_DIAG_MICROCEFA
33	Tipo de gravidez	Categórica (4)	<ul style="list-style-type: none">ÚnicaDuplaTripla ou MaisIgnorado	Tipo de Gravidez	<p>* Campo obrigatório.</p> <p>Selecionar o tipo de gravidez da gestante/mãe</p>	TP_GRAVIDEZ



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
34	Classificação do nascido vivo ou natimorto	Categórico (4)	<ul style="list-style-type: none">Pré -Termo (idade gestacional < que 37 semanas de gestação)A Termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas de gestação)Pós -Termo (idade gestacional = ou > que 42 semanas de gestação)Não se aplica (ainda gestante)	Classificação do nascido vivo	<p>* Campo obrigatório.</p> <p>Selecionar a classificação de nascido vivo ou natimorto quanto ao período gestacional no momento do parto.</p>	TP_CLASSIFICACAO_FETO_RN
35	Perímetro cefálico (PC)	Numérico (4)		Medida do Perímetro Cefálico ao nascer	<p>* Campo obrigatório.</p> <ul style="list-style-type: none">Preencher a medida do Perímetro Cefálico incluindo a casa decimal. Caso não tenha a informação preencher com "99,9".Só é habilitado após o preenchimento dos campos tipo de gravidez e Classificação do nascido vivo ou natimorto.	NU_PERIMETRO_CEFALICO
36	Circunferência Craniana (se detectado no intraútero)	Numérico (5)		Medida da Circunferência Craniana	<p>Preencher a medida da circunferência craniana, se detectado intraútero (em centímetros), informando a casa decimal. Campo desabilitado caso não seja selecionada a opção "Feto", no tipo de notificação.</p>	NU_DIAMETRO_CEFALICO
37	Data provável de Início de Sintomas	Data	DD/MM/AAAA	Data dos primeiros sintomas	<p>Selecionar a data provável de início de qualquer sintoma da gestante/mãe.</p>	DT_INICIO_SINTOMA
38	Apresentou febre durante a gestação	Categórico (3)	<ul style="list-style-type: none">SimNãoNão sabe	Febre na gestação	<p>* Campo obrigatório.</p> <p>Selecionar se a gestante/mãe apresentou febre durante a gestação</p>	ST_PRESENCA_FEBRE



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
39	Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência	Categórico (3)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sim, no 1 trimestre▪ Sim, no 2 trimestre▪ Sim, no 3 trimestre▪ Sim, mas não lembra a data ou período gestacional▪ Não apresentou exantema▪ Não sabe	Exantema na gestação	* Campo obrigatório. Selecionar se apresentou exantema durante a gestação e o período da gestação.	ST_PRESENCA_EXANTEMA
40	Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação	Categórico (8)	<ul style="list-style-type: none">▪ Prurido▪ Hiperemia conjuntival (Conjuntivite não purulenta)▪ Dor em articulação▪ Dor muscular▪ Edema em articulações▪ Cefaleia▪ Hipertrofia Ganglionar▪ Acometimento Neurológico	Outros Sinais e Sintomas	Selecionar um ou mais dos sinais e sintomas que a gestante/mãe apresentou durante a gestação.	Combo Multi
41	Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto	Categórico (3)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sim▪ Não▪ Não sabe	Exame STORCH na gestação ou pós-parto	* Campo obrigatório. Selecionar se realizou exame laboratorial para pelo menos uma das doenças: Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Vírus. Caso tenha realizado, informe os resultados nas Observações Gerais	ST_REALIZACAO_EXAME_TORSCH
42	Resultado de exames para Sífilis	Categórico (5)	<ul style="list-style-type: none">▪ Reagente/Positivo▪ Não reagente/ Negativo▪ Indetectável/ Indeterminado▪ Não realizado▪ Ignorado	Diagnóstico laboratorial para Sífilis	* Campo obrigatório. Selecionar o resultado laboratorial de exames para Sífilis	ST_RESULTADO_SIFILIS
43	Resultado de exame para Toxoplasmose	Categórico (5)	<ul style="list-style-type: none">▪ Reagente/Positivo▪ Não reagente/ Negativo▪ Indetectável/ Indeterminado▪ Não realizado▪ Ignorado	Diagnóstico laboratorial para Toxoplasmose	* Campo obrigatório. Selecionar o resultado laboratorial de exames para Toxoplasmose	ST_RESULTADO_TOXOPLASMOSE



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
44	Histórico de infecção recente por outros arbovírus	Categórico (6)	<ul style="list-style-type: none">DengueChikungunyaDengue e ChikungunyaSem histórico de doençaNão sabeIgnorado	Outras arboviroses	* Campo obrigatório. Selecionar caso tenha apresentado alguma infecção recente por outros arbovírus	ST_HIST_ARBOVIRUS
45	Realizou exame para vírus Zika	Categórico (3)	<ul style="list-style-type: none">SimNãoNão sabe	Exame laboratorial para Zika ou diagnóstico clínico epidemiológico	* Campo obrigatório. Selecionar se realizou exame laboratorial para vírus Zika. Para vírus Zika pode ser confirmação clínico epidemiológica realizada pelo médico.	ST_EXAME_ZIKA
46	Resultado de exames para vírus Zika	Categórico (5)	<ul style="list-style-type: none">Reagente/PositivoNão reagente/ NegativoIndetectável/ IndeterminadoNão realizadoIgnorado	Diagnóstico laboratorial para Toxoplasmose	* Campo obrigatório. Selecionar resultado de exames para vírus Zika	ST_RESULTADO_ZIKA
47	Possui histórico de malformação congênita na família	Categórico (3)	<ul style="list-style-type: none">SimNãoNão sabe	Malformação congênita em familiares/parentes	* Campo obrigatório. Selecionar se possui histórico de malformações congênitas na família	ST_MALFORMACAO_CONGENITA
48	Dados da Ultrassonografia (na gestação)	Categórico (6)	<ul style="list-style-type: none">Não realizadoRealizado – Resultado NormalRealizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênitaRealizado – Resultado alterado, com outras alteraçõesRealizado – Resultado indeterminadoIgnorado	Resultado do exame de imagem - US	* Campo obrigatório. Selecionar o diagnóstico de exame de imagem - US realizada durante a gestação.	EXAME_USS
49	Data da Ultrassonografia	Data	DD/MM/AAAA	Data de realização do exame de imagem - US	Preencher data do exame de imagem – Ultrassonografia (US) realizada durante a gestação.	DT_EXAME_USS



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
50	Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia	Texto (6.000)		Campo descritivo	Descrever todas as informações presentes no laudo do exame de imagem da Ultrassonografia – US na gestação.	DS_REALIZACAO_EXAME_USS
51	Dados da Ultrassonografia Transfontanela	Categórico (6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Não realizado▪ Realizado – Resultado Normal▪ Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita▪ Realizado – Resultado alterado, com outras alterações▪ Realizado – Resultado indeterminado▪ Ignorado		* Campo obrigatório. Selecionar os dados do exame de imagem de Ultrassonografia Transfontanela -UST	EXAME_USS_TRANS
52	Data da Ultrassonografia Transfontanela	Data	DD/MM/AAAA	Data de realização do exame de imagem - US	Preencher data do exame de imagem da Ultrassonografia Transfontanela -UST	DT_EXAME_USS_TRANS
53	Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela	Texto (6.000)		Campo descritivo	Descrever todas as informações presentes no laudo do exame de imagem da Ultrassonografia Transfontanela – UST	DS_REALIZACAO_EXAME_USS_TRANS
54	Dados da Tomografia Computadorizada	Categórico (6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Não realizado▪ Realizado – Resultado Normal▪ Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita▪ Realizado – Resultado alterado, com outras alterações▪ Realizado – Resultado indeterminado▪ Ignorado		* Campo obrigatório. Selecionar os dados do exame de imagem da Tomografia Computadorizada - TC	EXAME_TC
55	Data da Tomografia Computadorizada	Data	DD/MM/AAAA	Data de realização do exame de imagem - US	Preencher a data da realização do exame de imagem de Tomografia Computadorizada -TC	DT_EXAME_TC



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
56	Descreva as demais informações relativas à Tomografia computadorizada	Texto (6.000)		Campo descritivo	Descrever todas as informações presentes no laudo do exame de imagem Tomografia Computadorizada - TC	DS_REALIZACAO_EXAME_TC
57	Dados da Ressonância Magnética	Categórico (6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Não realizado▪ Realizado – Resultado Normal▪ Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita▪ Realizado – Resultado alterado, com outras alterações▪ Realizado – Resultado indeterminado▪ Ignorado		* Campo obrigatório. Selecionar os dados de exame de imagem da Ressonância Magnética - RM	EXAME_RS
58	Data da Ressonância Magnética	Data	DD/MM/AAAA	Data de realização do exame de imagem - US	Preencher a data da realização de exame de imagem da Ressonância Magnética - RM	DT_EXAME_RS
59	Descreva as demais informações relativas à Ressonância Magnética	Texto (6.000)		Campo descritivo	Descrever todas as informações presentes no laudo do exame de imagem da Ressonância Magnética	DS_REALIZACAO_EXAME_RS
60	Código do estabelecimento de saúde (CNES)	Númerico (7)		Código CNES do local do parto	Preencher o código do estabelecimento de saúde de ocorrência do parto. Caso não saiba, deixar o campo em branco.	CO_CNES
61	UF	Categórico (27)		Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE (tabela municipi.dbf)	* Campo obrigatório. Selecionar Unidade Federada do local de ocorrência do parto.	SG_UF_LOCAL
63	Município	Categórica (5569)		Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	* Campo obrigatório. Selecionar o município do local de ocorrência do parto.	DW_MUN_ESTAB_SAU
64	Estabelecimento de saúde	Texto (85)		Local de ocorrência do parto.	* Campo obrigatório. Preencher o nome do local de ocorrência do parto.	NO_LOCAL_PARTO



ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
65	Endereço do estabelecimento	Texto (69)		Endereço do local de ocorrência do parto	* Campo obrigatório. Preencher o endereço do local de ocorrência do parto	DS_LOGRADOURO
66	DDD	Numérico (2)		Número do DDD – Discagem direta a distância	* Campo obrigatório. Preencher o DDD do local de ocorrência do parto	NU_DDD_LOCAL
67	Número de contato (fixo ou celular)	Numérico (10)		Número de telefone de contato do local de ocorrência do parto	* Campo obrigatório. Preencher o número de contato (fixo ou celular) do local de ocorrência do parto	NU_TELEFONE_LOCAL
68	Observações				Observações adicionais	DS_OBSERVACOES_GERAIS
69	Óbito	Categórico (2)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sim▪ Não	Se ocorreu óbito	Selecionar opção caso tenha ocorrido óbito	ST_OBITO
70	Número da Declaração de óbito - DO	Numérico (22)		Declaração de óbito	Preencher caso tenha ocorrido o óbito, o número da Declaração de Óbito - DO	NU_DO
71	Data de óbito	Data	DD/MM/AAAA	Data do óbito	* Campo obrigatório. Preencher a data do óbito	
76	Nome do notificador	Texto (67)		Identificação do notificador	* Campo obrigatório. Preencher o nome do notificador	NO_NOTIFICADOR_PARTO
77	E-mail do notificador	Texto (64)		Endereço eletrônico do notificador	* Campo obrigatório. Preencher o e-mail do notificador	DS_EMAIL_NOTIFICADOR_PARTO
79	Telefone de contato do notificador			Número do Telefone do Notificador	* Campo obrigatório. Preencher o número do telefone de contato do notificador	NU_TELEFONE_NOTIFICADOR_PARTO



II. BLOCO DE CAMPOS FECHADOS – CAMPOS DE ACESSO RESTRITO/GESTOR

ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
72	Classificação final	Categórico (5)	<ul style="list-style-type: none">▪ Em investigação▪ Confirmado▪ Descartado▪ Sem classificação▪ Provável	Classificação Final do registro	* Campo obrigatório. Selecionar a classificação final do caso suspeito de Alterações Congênicas	TP_CLASSIFICACAO_FINAL
73	Critério de confirmação	Categórico (7)	<ul style="list-style-type: none">▪ Laboratorial (Zika)▪ Laboratorial (Dengue)▪ Laboratorial (Chikungunya)▪ Laboratorial (STORCH)▪ Laboratorial (outros)▪ Imagem (ultrassom/tomografia/ressonância)▪ Clínico-epidemiológico	Critério para classificação final	Selecionar um ou mais exames de diagnóstico ou diagnóstico clínico-epidemiológico.	Combo Multi
74	Sistema de Informação que foram registrados	Categórico (4)	<ul style="list-style-type: none">▪ RESP▪ SINASC▪ SIM▪ SIRAM	Sistemas envolvidos nos casos de alterações congênicas do Ministério da Saúde	Informar todos os sistemas onde o caso foi registrado.	Combo Multi RESP, SINASC, SIM, SIRAM
75	Dados registrados no informe nacional	Categórico (2)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sim▪ Não		Informar se o caso inserido está registrado no Informe Nacional.	ST_INFORME_NACIONAL



III. BLOCO DE CAMPOS EXCLUSIVOS DA EXPORTAÇÃO – DW APENAS

ID	NOME DO CAMPO	TIPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS BI/DBF
13	DW_Região do Brasil de Residência da Mãe	Catégorica (5)	<ul style="list-style-type: none">NorteNordesteCentro OesteSudesteSul	Região do Brasil de residência da gestante/mãe	Esse campo está presente somente no BI ao baixar o banco de dados do RESP – Microcefalia. Região do Brasil de residência da gestante/mãe	DW_REGIAO_MAE
15	DW_Município de Residência da gestante/mãe	Catégorica		Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	Esse campo está presente somente no BI ao baixar o banco de dados do RESP – Microcefalia. Município de residência da gestante/mãe	DW_MUN_MAE
62	DW_Região do Brasil	Catégorico (5)	<ul style="list-style-type: none">NorteNordesteCentro OesteSudesteSul	Região do Brasil	Selecionar a Região do Brasil referente ao local de ocorrência do parto. Esse campo é interno, específico do banco de dados do RESP	DW_REGIAO_LOCAL
78	DW_DDD Notificador Parto			DDD Notificador	* Campo obrigatório. Preencher o DDD do notificador	NU_DDD_NOTIFICADOR_PARTO
80					campo interno	DW_STATUS_NOT
81					campo interno	DW_DT_INCLUSAO
82					campo interno	DW_DT_ULT_ALT