



DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL						2) DATA DA NOTIFICAÇÃO							
	3) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO						CÓDIGO (IBGE)							
	4) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)						CÓDIGO							
	5) AGRAVO <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>						CÓDIGO (CID 10) <b>A 809</b>		6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS					
DADOS DO CASO	7) NOME DO PACIENTE						8) DATA DE NASCIMENTO							
	9) (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS		10) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO 1 - IGNORADO		11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		12) ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO							
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS						14) NOME DA MÃE							
	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)						CÓDIGO		16) NÚMERO					
DADOS DE RESIDÊNCIA	17) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)						18) PONTO DE REFERÊNCIA						19) UF	
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						CÓDIGO (IBGE)		DISTRITO					
	21) BAIRRO						CÓDIGO (IBGE)		22) CEP					
	23) (DDD) TELEFONE			24) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 4 - IGNORADO			25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)						CÓDIGO	
	26) DATA DA INVESTIGAÇÃO						27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA							
	28) TOMOU VACINA CONTRA POLIOMIELITE 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO			29) DATA DA ÚLTIMA DOSE DA VACINA			30) VIAJOU NOS 30 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DA DEFICIÊNCIA MOTORA? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO							
31) DATA DA VIAGEM			32) PERMANÊNCIA (EM DIAS)			33) UF		34) MUNICÍPIO						
35) BAIRRO			36) VISITAS RECEBIDAS NO DOMICÍLIO, PROVENIENTES DE OUTRO MUNICÍPIO NOS 30 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DA DEFICIÊNCIA MOTORA? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO											
37) NOME						38) DATA								
39) ENDEREÇO (RUA, Nº. BAIRRO, MUNICÍPIO, UF)														
40) NOME						41) DATA								
42) ENDEREÇO (RUA, Nº. BAIRRO, MUNICÍPIO, UF)														
<b>OUTROS CASOS EM INVESTIGAÇÃO, COMPATÍVEIS OU CONFIRMADOS NO LOCAL, QUE TENHAM RELAÇÃO COM ESTE CASO</b>														
43) NOME						44) DATA INÍCIO DEF. MOTORA			45) Nº NOTIF.					
46) NOME						47) DATA INÍCIO DEF. MOTORA			48) Nº NOTIF.					
49) NOME						50) DATA INÍCIO DEF. MOTORA			51) Nº NOTIF.					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	52) SINAIS E SINTOMAS <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> OBSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DORES MUSCULARES <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> SINT. RESPIRATÓRIOS <input type="checkbox"/> OUTROS						53) DATA INÍCIO DEF. MOTORA							
	54) DEFICIÊNCIA MOTORA <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/> FLÁCIDA <input type="checkbox"/> ASSIMÉTRICA <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO APÓS 3 DIAS <input type="checkbox"/> ASCENDENTE <input type="checkbox"/> DESCENDENTE													
	55) FORÇA MUSCULAR <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			56) LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			1-DIMINUIDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO			1-DISTAL 2-PROXIMAL 3-NÃO 9-IGNORADO				
	57) COMPROMETIMENTO DE: <input type="checkbox"/> MUSC.RESPIRAT. <input type="checkbox"/> MUSC. CERVICAL <input type="checkbox"/> FACE						58) NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O EXAME FÍSICO NA (FACE AGUDA)							
	59) ESPECIALIDADE 1-NEUROLOGISTA 2-PEDIATRIA 3-CLÍNICO 4-ORTOPEDISTA 5-OUTRO PROFISSIONAL						60) DATA DO EXAME							
	<b>FASE AGUDA</b>													
	61) FORÇA MUSCULAR <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			62) TÔNUS MUSCULAR <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			1-DIMINUIDO 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO			1-DIMINUIDO 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO				
	63) SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD						4-PARESTESIA 5-PREJUDICADO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> FACE							
	64) REFLEXOS <input type="checkbox"/> AQUILEU E <input type="checkbox"/> AQUILEU D <input type="checkbox"/> PATELAR E <input type="checkbox"/> PATELAR D <input type="checkbox"/> BICIPITAL E <input type="checkbox"/> BICIPITAL D <input type="checkbox"/> TRICIPITAL E <input type="checkbox"/> TRICIPITAL D			1-DIMINUIDO 2-ABOLIDO 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO										
	65) REFLEXO CUTÂNEO PLANTAR <input type="checkbox"/> FLEXÃO E <input type="checkbox"/> FLEXÃO D <input type="checkbox"/> EXTENSÃO E <input type="checkbox"/> EXTENSÃO D			1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO			66) SINAIS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> KERNIG <input type="checkbox"/> BRUDZINSKI			1-AUSENTE 2-PRESENTE 9-IGNORADO				

DADOS CLÍN.	67) CONTATO OU INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS (AGROTÓXICOS, CHUMBO, MERCÚRIO MEDICAMENTOS) 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>			68) CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.		
	69) HISTÓRIA DE INJEÇÃO INTRAMUSCULAR 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		70) SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.		71) OUTROS TRAUMATISMOS 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>	
ATENDIMENTO	73) OCORREU HOSPITALIZAÇÃO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		74) DATA DA INTERNAÇÃO		75) Nº DO PRONTUÁRIO	
	77) MUNICÍPIO DO HOSPITAL		78) NOME DO HOSPITAL			
	79) ENDEREÇO DO HOSPITAL				80) (DDD) TELEFONE	
DADOS DO LABORATÓRIO	<b>DATAS DE ENVIO</b>					
	81) NÍVEL LOCAL PARA REGIONAL		82) NÍVEL REGIONAL PARA CENTRAL		83) NÍVEL CENTRAL PARA LAB.REF.	
	85) LABORATÓRIO 1-FIOCRUZ 2-IEC 3-LACEN- PE <input type="checkbox"/>		86) DATA DA COLETA F1		87) DATA DA COLETA F2	
	89) DATA DO RECEBIMENTO F2		90) QUANTIDADE 1- SUFICIENTE 2-INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2		91) CONDIÇÕES 1-TEMPERATURA ADEQUADA 2-TEMPERATURA ALTERADA <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2	
	92) DATA DO RESULTADO F1		93) DATA DO RESULTADO F2		94) RESULTADO 1-P1 2-P2 3-P3 4-NEGATIVO 5- NÃO PÓLIO <input type="checkbox"/> F1 6-OUTROS 7- PERDIDA 8-MISTURAS 9- VÍRUS DERIVADO DA VACINA <input type="checkbox"/> F2	
	95) DIFERENCIAÇÃO INTRATÍPICA VACINAL 1-P1 2-P2 3-P3 4-MISTURAS 5- VÍRUS DERIVADO DA VACINA <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2			96) DATA DO RESULTADO F1		97) DATA DO RESULTADO F2
	98) DIFERENCIAÇÃO INTRATÍPICA SELVAGEM 1-P1 2-P2 3-P3 4-MISTURAS 5- VÍRUS DERIVADO DA VACINA <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2			99) DATA DO RESULTADO F1		100) DATA DO RESULTADO F2
	101) EXAME COMPLEMENTAR					
	<b>LÍQUOR</b>					
	DATA DA COLETA		Nº DE CÉLULAS / mm³	LINFÓCITOS %	PROTEÍNAS mg%	GLICOSE mg%
/ /						
/ /						
/ /						
<b>ELETRONEUROMIOGRAFIA</b>						
102) DATA DA REALIZAÇÃO		103) DIAGNÓSTICO SUGESTIVO DE (TABELA ANEXA)				
104) DATA DA REALIZAÇÃO		105) DIAGNÓSTICO SUGESTIVO DE (TABELA ANEXA)				
106) COLETADO MATERIAL ANATOMOPATOLÓGICO? <input type="checkbox"/> CÉREBRO <input type="checkbox"/> MEDULA <input type="checkbox"/> INTestino <input type="checkbox"/> SWAB RETAL						
107) DATA DA COLETA		108) DATA DO RECEBIMENTO		109) DATA DO RESULTADO		
<b>EXAME FÍSICO</b>						
110) DATA DA 1ª AVALIAÇÃO		111) NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU A 1ª AVALIAÇÃO				
112) 1ª AVALIAÇÃO REALIZADA POR 1- NEUROLOGISTA 2- PEDIATRA 3- CLÍNICO 4-ORTOPEDISTA 5-OUTRO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/>				113) FORÇA MUSCULAR 1-DIMINUÍDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
114) TÔNUS MUSCULAR 1-DIMINUÍDO 2-AUSENTE 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE						
115) REFLEXOS 1-DIMINUÍDO 2-ABOLIDO 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> AQUILEU E <input type="checkbox"/> AQUILEU D <input type="checkbox"/> PATELAR E <input type="checkbox"/> PATELAR D <input type="checkbox"/> BICIPITAL E <input type="checkbox"/> BICIPITAL D <input type="checkbox"/> TRICIPITAL E <input type="checkbox"/> TRICIPITAL D						
116) REFLEXOS CUTÂNEO PLANTAR 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> FLEXÃO E <input type="checkbox"/> FLEXÃO D <input type="checkbox"/> EXTENSÃO E <input type="checkbox"/> EXTENSÃO D				117) ATROFIA 1-PRESENTE 2-AUSENTE 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
118) SENSIBILIDADE 1-DIMUNUIDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 4-PARESTESIA 5-PREJUDICADA 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE						
119) DATA REVISITA		120) NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU A REVISITA				
121) REVISITA REALIZADA POR 1- NEUROLOGISTA 2- PEDIATRA 3- CLÍNICO 4-ORTOPEDISTA 5-OUTRO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/>				122) FORÇA MUSCULAR 1-DIMINUÍDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
123) TÔNUS MUSCULAR 1-DIMUNUIDO 2-AUSENTE 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE						
124) REFLEXOS 1-DIMINUÍDO 2-ABOLIDO 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> AQUILEU E <input type="checkbox"/> AQUILEU D <input type="checkbox"/> PATELAR E <input type="checkbox"/> PATELAR D <input type="checkbox"/> BICIPITAL E <input type="checkbox"/> BICIPITAL D <input type="checkbox"/> TRICIPITAL E <input type="checkbox"/> TRICIPITAL D						
125) REFLEXO CUTÂNEO PLANTAR 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> FLEXÃO E <input type="checkbox"/> FLEXÃO D <input type="checkbox"/> EXTENSÃO E <input type="checkbox"/> EXTENSÃO D				126) ATROFIA 1-PRESENTE 2-AUSENTE 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
127) SENSIBILIDADE 1-DIMUNUIDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 4-PARESTESIA 5-PREJUDICADA 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE						

<b>EVOLUÇÃO DO CASO (REVISÃO)</b>	128) DATA DA REVISÃO	129) NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU A REVISÃO		
	130) REVISÃO REALIZADA POR		131) FORÇA MUSCULAR	
	1- NEUROLOGISTA 2- PEDIATRA 3- CLÍNICO 4-ORTOPEDISTA 5-OUTRO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/>		1-DIMINUIDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	
	132) TÔNUS MUSCULAR		1-DIMINUÍDO 2-AUSENTE 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE	
	133) REFLEXOS		1-DIMINUIDO 2-ABOLIDO 3-AUMENTADO 4-NORMAL 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> AQUILEU E <input type="checkbox"/> AQUILEU D <input type="checkbox"/> PATELAR E <input type="checkbox"/> PATELAR D <input type="checkbox"/> BICIPITAL E <input type="checkbox"/> BICIPITAL D <input type="checkbox"/> TRICIPITAL E <input type="checkbox"/> TRICIPITAL D	
	134) REFLEXO CUTÂNEO PLANTAR		135) ATROFIA	
1-FLEXÃO E <input type="checkbox"/> FLEXÃO D <input type="checkbox"/> EXTENSÃO E <input type="checkbox"/> EXTENSÃO D <input type="checkbox"/>		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
136) SENSIBILIDADE		1-DIMINUÍDA 2-AUSENTE 3-NORMAL 4-PARESTESIA 5-PREJUDICADA 9-IGNORADO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> FACE		
<b>CONCLUSÃO</b>	137) FOI REALIZADA MEDIDA DE CONTROLE		138) CLASSIFICAÇÃO FINAL	
	1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		1-CONFIRMADO 2-COMPATÍVEL 3-ASSOCIADO À VACINA <input type="checkbox"/> 4-DESCARTADO	
	140) HOUVE SEQUELA		141) SE AFIRMATIVO, LOCALIZAÇÃO	
	1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		1-MAIS PROXIMAL 2-MAIS DISTAL 3 - AMBOS <input type="checkbox"/>	
	142) SE AFIRMATIVO, TIPO		1 - SIMÉTRICA 2 - ASSIMÉTRICA <input type="checkbox"/>	
143) SE AFIRMATIVO, CLASSIFICAÇÃO DA SEQUELA		1-MÍNIMA 2-MÉDIA 3 - GRAVE 4 - AUSENTE 5 - NÃO CLASSIFICADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
144) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO		145) EVOLUÇÃO DO CASO		
1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		1-CURA 2-ÓBITO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		
		146) DATA DO ÓBITO		
		147) DATA DO ENCERRAMENTO		

<b>OBSERVAÇÕES</b>	

<b>INVESTIGADOR</b>	148) MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	149) Cód. da UNID. DE SAÚDE
	150) NOME	151) FUNÇÃO
	152) ASSINATURA	

<b>LAUDOS DE ELETRONEUROMIOGRAFIA</b>	
1 - COMPROMETIMENTO DE JUNÇÃO NEUROMUSCULAR	
2 - COMPROMETIMENTO DO NEURÔNIO MOTOR INFERIOR	
3 - LESÃO DO NERVO PERIFÉRICO: CIÁTICO	
4 - LESÃO DO NERVO PERIFÉRICO: PLEXO-BRAQUIAL	
5 - NEUROPATIA PERIFÉRICA AXONAL SENSITIVO-MOTORA	
6 - NEUROPATIA PERIFÉRICA AXONAL MOTORA	
7 - NEUROPATIA PERIFÉRICA DESMIELINIZANTE SENSITIVO-MOTORA	
8 - NEUROPATIA PERIFÉRICA DESMIELINIZANTE MOTORA	
9 - MIOPATIA	
10 - RADICULOPATIA	
11 - OUTROS	

DIAGNÓSTICOS	CID 10
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	I64
AMIOTROFIA NEVRÁLGICA	G12.2
COMPRESSÕES DAS RAÍZES E DOS PLEXOS NERVOSOS	G55
DIPLEGIA DOS MEMBROS SUPERIORES	G83.0
ENCEFALITE AGUDA DISSEMINADA	G04.0
ENCEFALITE SEGUIDA A PROCESSOS DE IMUNIZAÇÃO	G04.0
ENCEFALITES, MIELITES E ENCEFALOMIELITES NÃO ESPECIFICADA	G04.9
HEMIPLEGIA FLÁCIDA	G81.0
HEMIPLEGIA NÃO ESPECIFICADA	G81.9
INTOXICAÇÕES ALIMENTARES BACTERIANAS NÃO ESPECIFICADA	A05.9
LESÃO DE NERVO CIÁTICO	G57.0
MENINGOENCEFALITE E MENINGOMIELITE BACTERIANAS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRAS PARTES	G04.2
MIASTENIA GRAVIS	G70.0
MIELITE TRANSVERSA AGUDA	G37.3
OUTRAS ENCEFALITES, MIELITES E ENCEFALOMIELITES	G04.8
MONONEUROPATIAS DE MEMBROS INFERIORES NÃO ESPECIFICADA	G57.9
MONONEUROPATIAS DE MEMBROS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADAS	G56.9
MONOPLÉGIA DE MEMBRO INFERIOR	G83.1
MONOPLÉGIA DE MEMBRO SUPERIOR	G83.2
MONOPLÉGIA, NÃO ESPECIFICADA	G83.3
ENCEFALITES, MIELITES E ENCEFALOMIELITES EM DOENÇAS VIRAIS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	G05.1
MIOPATIA, NÃO ESPECIFICADA	G72.9
MONONEUROPATIA, NÃO ESPECIFICADA	G58.9
NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, NÃO ESPECIFICADA (TUMOR)	G72.9
PARALISIA PERIÓDICA	G72.3
PARAPLEGIA FLÁCIDA	G82.0
POLINEUROPATIA INFLAMATÓRIA NÃO ESPECIFICADA	G61.9
POLINEUROPATIA NÃO ESPECIFICADA	G62.9
POLINEUROPATIA DEVIDO A OUTROS AGENTES TÓXICOS	G62.2
POLINEUROPATIA INDUZIDA POR DROGAS	G62.0
SÍNDROME DA CAUDA EQUINA	G83.4
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (POLINEURITE AGUDA PÓS-INFECCIOSA)	G61.0
SÍNDROME PARALÍTICA NÃO ESPECIFICADA	G83.9
TETRAPLEGIA FLÁCIDA	G82.3
TRANSTORNOS MIONEURIS NÃO ESPECIFICADO	G70.9
TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	S09.9
TRAUMATISMO DA MEDULA NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	T09.3
TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DE MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	T11.9
TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DE MEMBRO INFERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	T13.9
IGNORADO	IGNO
OUTROS	OUTR