

ATENÇÃO: Instrumento de Notação do Sistema Estatístico Nacional de RESPOSTA OBRIGATORIA registado no INE sob o n.º 0003, válido até Dezembro de 2005. A confidencialidade dos dados é garantida nos termos do Art.9º da Lei n.º 15/96, de 27 de Setembro.

T

A - INFORMAÇÃO SOBRE A ENTREVISTA

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--

Q1 NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR									
Q2 PROVÍNCIA									
Q3 MUNICÍPIO									
Q4 COMUNA									
Q5 BAIRRO/ALDEIA									
Q6 ÁREA									
URBANA 1					RURAL 2				
A1 ÂE	A2 Agre. Fam.	A3 Inquiridor	A4 Data			A5 Tempo		A6 Inquirido	A7
			Dia	Mês	Ano	Hora	Min	Nº do membro	Nº do

IMPORTANTE

Crie um número de referência combinando o número da ÂE, número do agregado familiar e o número do que AGORA, escreve este número no canto superior direito de todas as páginas.

Comentários:

A8 Resultado

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Entrevista com |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Entrevista incor |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Entrevista recu |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ausência |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Habitação vage |

A9 Supervisor	A10 Revisor	A11 Scanneador	A12 Fim da entrevista
			Hora Min

Nome do Inquiridor:.....

Data: ____/____/____

Nome do Supervisor:.....

Data: ____/____/____

Nome do Revisor:.....

Data: ____/____/____

Nome do Scanneador:.....

Data: ____/____/____



T

Sequência
questionário

Questionário

pleta

mpleta

sada

a/destruída

T

B - DEMOGRÁFIA

Número de Referência											
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>											
NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">Chefe</div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 15%;"></div> </div>										ESCREVE OS NOMES DE TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR, COMEÇANDO PELO CHEFE
Masculino 1 Feminino 2	B1 O (NOME) é do sexo masculino ou feminino?										T
Nunca 1 Menos de 6 meses 2 Mais de 6 meses 3	B2 Quanto tempo o (NOME) esteve fora do agregado nos últimos 12 meses?										
	B3 Quantos anos completou o (NOME) no seu último aniversário ?										
Solteiro(a) 1 Casado/União de facto 2 Divorciado(a) 3 Separado(a) 4 Viúvo(a) 5	B4 Qual é o estado civil do (NOME)? Para pessoas que têm 12 anos e mais de idade										
Chefe 1 Cônjuge 2 Filho(a) 3 Pai/Mãe 4 Outros parentes 5 Sem parentesco 6	B5 Qual é a relação do (NOME) com o chefe do agregado?										
Sim 1 Não 2 Faleceu 3	B6 O pai do (NOME) vive neste agregado? B6 e B7 só para pessoas de 0 á 15 anos de idade										
Sim 1 Não 2 Faleceu 3	B7 A mãe do (NOME) vive neste agregado?										
Sim 1 Não 2 Não sabe 3	B8 O (NOME) nasceu nesta província?										SE SIM/ NÃO SABE PASSA PARA A PESSOA SEGUINTE
Menos de 5 anos 1 5-10 anos 2 11-20 anos 3 Mais de 20 anos 4	B9 Há quanto tempo o (NOME) vive nesta província?										T

T

C - EDUCAÇÃO

Número de Referência												
NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
T	C1 O (NOME) sabe ler e escrever? Para pessoas que têm 15 anos e mais de idade										T	
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PARA TODAS AS PESSOAS DE 5 ANOS E MAIS DE IDADE												
C2 O (NOME) alguma vez frequentou a escola?												SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C3 Qual é a classe de ensino mais alta que o (NOME) completou?												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C4 O (NOME) frequentou a escola no ano passado?												
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C5 O (NOME) frequenta a escola agora?												SE NÃO PASSE PARA C10
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C6 Qual é a classe de ensino que o (NOME) frequenta actualmente?												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C7 Em que tipo de escola o (NOME) estuda actualmente?												T
Oficial 1 Privado 2 Religioso 3 ONG's 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C8 O (NOME) tem alguns problemas com a escola actualmente?												SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C9 Quais são os problemas que o (NOME) tem?												PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Falta de material 1 Má qualidade do ensino 2 Falta de professores 3 Instalações em más cond 4 Outros problemas 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C10 Porque razão o (NOME) não estuda actualmente?												PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Está doente 1 Falta de vagas 2 A escola fica muito dist 3 Não pode pagar as prop 4 Tem que trabalhar 5 Não gosta da escola 6 Falta de material 7 Falta de escolas 8 Muito velho/ Muito novo 9 Outros 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

T

T

D - SAÚDE

Número de Referência

--	--	--	--	--	--

NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T Sim 1 Não 2	D1 O (NOME) tem alguma deficiência física ou mental?										SE NÃO PASSE PARA D3
Cego parcial 1 Cego total 2 Surdo parcial 3 Surdo total 4 Surdo e mudo 5 Diminuído mental 6 Paralisado 7 Membro(s) inferior. Amputa. 8 Membro(s) superior. Amputa. 9 Outro tipo 10											T
Sim 1 Não 2	D3 O (NOME) esteve doente nas últimas 4 semanas?										SE NÃO PASSE PARA D5
Febre 1 Malária 2 Tosse 3 Diarreia 4 Bronquio-pulmonar 5 Outras 6											PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
T Sim 1 Não 2	D5 O (NOME) consultou algum agente/instituição de saúde ou praticante de medicina tradicional por qualquer razão nas últimas 4 semanas?										SE NÃO PASSE PARA D9
Médico 1 Enfermeiro 2 Agente de saúde da comunidade 3 Parteira 4 Parteira tradicional 5 Praticante tradicional 6 Outros 7											PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Posto de saúde do Estado 1 Centro de saúde do Estado 2 Hospital Provincial ou Cent. 3 Clínica ou Centro privada 4 Farmácia 5 Consultório Privado 6 Outros 7											PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Nenhum 1 Falta de higiene 2 Muito tempo de espera 3 Falta de pessoal qualificado 4 Muito caro 5 Falta de medicamentos 6 Tratamentos sem êxito 7 Outros 8											PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Sim 1 Não 2	D9 A (NOME) teve um filho nascido vivo nos últimos 12 meses? Para mulheres dos 12 aos 49 anos de idade.										SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE

T

T

T

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--

T

NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D10 A (NOME) fez consultas pré-natais quando esteve grávida? Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
D11 A (NOME) quantas vezes fez consultas pré-natais quando esteve grávida? Uma 1 Duas 2 Três 3 Quatro e mais 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T Médico 1 Parteira 2 Parteira tradicional 3 Agente saúde comunidade 4 Enfermeiro 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T

E – EMPREGO

T

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	PARA TODAS AS PESSOAS COM 10 ANOS E MAIS DE IDADE										
	E1 Qual é a profissão do (NOME) ?										
	1. _____										
	2. _____										
	3. _____										
	4. _____										
	5. _____										
	6. _____										
	7. _____										
	8. _____										
	9. _____										
	10. _____										
	E2 O (NOME) fez algum tipo de trabalho nos últimos 7 dias ?										
Sim 1											
Não 2											
	E3 O (NOME) esteve ausente do seu local de trabalho nos últimos 7 dias ?										
Sim 1											
Não 2											
	E4 Qual foi a principal razão pela qual o (NOME) não trabalhou nos últimos 7 dias ?										
Falta de emprego 1											
Inatividade Sazonal 2											
Esteve a estudar 3											
Doméstico (a) 4											
Incapacidade 5											
Reformado/Pensionista 6											
Serviço militar obrigatório 7											
Outra 8											
	E5 O (NOME) esteve disponível para trabalhar nos últimos 7 dias ?										
Sim 1											
Não 2											
	E6 O (NOME) procurou emprego nos últimos 7 dias ?										
Sim 1											
Não 2											
	E7 Porque é que o (NOME) não procurou emprego nos últimos 7 dias ?										
Aguarda ser chamado 1											
Muito velho/novo 2											
Não tem instrução suficiente 3											
Tem problemas de saúde 4											
Não sabe como procurar 5											
Não vale a pena procurar 6											
Está a receber formação 7											
Não há empregos dispon. na zona 8											
Razões pessoais 9											
Não começou a fazer dilig. 10											

T

T

Número de Referência												
NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
T	E8 Qual é a actividade principal onde o (NOME) exerce o seu emprego principal ?											T
	1. _____											
	2. _____											
	3. _____											
	4. _____											
	5. _____											
	6. _____											
	7. _____											
	8. _____											
9. _____												
10. _____												
	E9 Qual é a ocupação do (NOME) no seu emprego principal ?											
	1. _____											
	2. _____											
	3. _____											
	4. _____											
	5. _____											
	6. _____											
	7. _____											
	8. _____											
9. _____												
10. _____												
Nenhum 1 Um dia 2 Dois dias 3 Três dias 4 Quatro dias 5 Cinco dias 7 Seis dias 8 Sete dias 9 Não sabe 10	E10 Quantos dias o (NOME) trabalhou nos últimos 7 dias no seu emprego principal?											T
Nenhuma 1 Menos de 8 horas 2 8h - 16h 3 17h - 25h 4 26h - 34h 5 35h - 43h 6 44h - 52h 7 53h - 61h 8 Mais de 61h 9 Não sabe 10	E11 Quantas horas o (NOME) trabalhou efectivamente nos últimos 7 dias no seu emprego principal?											
Menos de 8 horas 1 8h - 16h 2 17h - 25h 3 26h - 34h 4 35h - 43h 5 44h - 52h 6 53h - 61h 7 Mais de 61h 8 Não sabe 9	E12 Quantas horas o (NOME) trabalha habitualmente no seu emprego principal?											SE NÃO TRABALHOU MENOS HORAS DO QUE HABITUALMENTE TRABALHA PASSE PARA E14

T

T

Número de Referência																	
NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
T	E13 Porque é que o (NOME) trabalhou menos horas nos últimos 7 dias no seu emprego principal ?										T						
Mau tempo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Suspensão tempor.do cont. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Conflito de trabalho 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ensino ou formação 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Acidente de trab/doença profissional 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Doença 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Licença de maternid./patern. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Férias/feriado 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Actividade irregular 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Razões pessoais 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E14 Há quanto tempo o (NOME) está a trabalhar no seu emprego principal ?																
Menos de 1 ano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1 a 3 anos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Mais de 3 anos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E15 O (NOME) tem contrato de trabalho?										SE NÃO/ NÃO SABE PASSE PARA E17						
Sim 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Não 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Não sabe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E16 Que tipo de contrato o (NOME) tem ?																
Permanente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Temporário 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E17 Para quem o (NOME) trabalha no seu emprego principal ?										SE ASSINALAR A OPÇÃO 5 PASSE PARA E21 LOGO A SEGUIR PASSE PARA E25						
Patrão/conta própria 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Sector público 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Sector privado 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Sector cooperativo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Trabal. familiar sem remuner. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E18 Qual é a categoria ocupacional do (NOME) no seu emprego principal ?										T						
Direcção e Chefia 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Técnico superior 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Técnico/especialistas 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Técnico médio 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Administrativo 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Pessoal auxiliar 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Operário qualificado 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Operário não qualificado 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Categoria Militar 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Não sabe 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E19 Como o (NOME) é pago? Em....																
Dinheiro 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Espécie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dinheiro e espécie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E20 É o (NOME) pago por....																
Hora 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dia 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Semana 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Mês 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Período irregular 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	E21 Qual é o número de trabalhadores no emprego principal do (NOME) ?										T						
Menos de 5 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5 -10 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11-20 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
21-50 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
51-100 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Mais do que 100 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Não sabe 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

T		Número de Referência										T											
NÚMERO DO MEMBRO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
		E22 O (NOME) tem direito a férias pagas?																					
Sim 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		E23 O (NOME) tem direito a pensão?																					
Sim 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		E24 O (NOME) está inscrito na segurança social?																					
Sim 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		E25 O (NOME) teve mais do que um emprego nos últimos 7 dias ?										SE NÃO/ NÃO SABE PASSE PARA PESSOA SEGUINTE											
Sim 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		E26 Qual é a actividade principal onde (NOME) exerce o seu emprego secundário?										A SER CODIFICADO											
		<input type="text"/>																				PELO REVISOR DE ACORDO O CÓDIGO DA CAE EM 3 DÍGITOS	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____																				DESCREVE A ACTIVIDADE NO SEU EMPREGO SECUNDÁRIO	
		E27 Qual é a ocupação do (NOME) no seu emprego secundário?										A SER CODIFICADO											
		<input type="text"/>																				PELO REVISOR DE ACORDO O CÓDIGO DA CNP EM 3 DÍGITOS	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____																				DESCREVE A OCUPAÇÃO NO SEU EMPREGO SECUNDÁRIO	
T																							
		E28 Quantos dias o (NOME) trabalhou nos últimos 7 dias no seu emprego secundário?										T											
Nenhum 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Um dia 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Dois dias 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Três dias 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Quatro dias 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Cinco dias 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Seis dias 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Sete dias 8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		E29 Quantas horas o (NOME) trabalhou efectivamente nos últimos 7 dias no seu emprego secundário?																					
Nenhuma 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Menos de 8 horas 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
8h - 16h 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
17h - 25h 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
26h - 34h 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
35h - 43h 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
44h - 52h 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
53h - 61h 8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Mais de 61h 9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Não sabe 10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
												T											

T

T

T		Número de Referência										T	
NÚMERO DO MEMBRO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		E39 Qual é a actividade principal onde (NOME) exerceu o seu último emprego ?										A SER CODIFICADO PELO REVISOR DE ACORDO O CÓDIGO DA CAE EM 3 DÍGITOS DESCREVE A ACTIVIDADE NO SEU ÚLTIMO EMPREGO	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____											
T		E40 Qual foi a ocupação do (NOME) no seu último emprego?										CODIFICADO PELO REVISOR DE ACORDO O CÓDIGO DA CNP EM 3 DÍGITOS DESCREVE A OCUPAÇÃO NO SEU ÚLTIMO EMPREGO	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____											
Patrão /conta própria 1 Sector público 2 Sector privado 3 Sector cooperativo 4 Trab. familiar sem remuneração 5		E41 Para quem o (NOME) trabalhou no seu último emprego ?											
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____											
Menos de 1 ano 1 1 a 3 anos 2 Mais de 3 anos 3		E42 Quanto tempo o (NOME) esteve no seu último emprego ?											
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____											
Foi despedido 1 Terminou o contrato 2 A empresa fechou 3 Demitiu-se 4 Abandonou 5		E43 Porquê o (NOME) deixou o seu último emprego ?										T	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____											

T

F - HABITAÇÃO E BENS DO AGREGADO FAMILIAR

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--

<p>F1 A quem pertence a Habitação onde vive o agregado ?</p> <p>T</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Própria</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Arrendada</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Familiar/amigo</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Ocupada</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Própria	1		Arrendada	2		Familiar/amigo	3		Ocupada	4		<p>F8 A Habitação é coberta de:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Betão</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Telha</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lousalite</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Zinco</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Betão	1		Telha	2		Lousalite	3		Zinco	4		Capim	5		Outros	6																												
Própria	1																																																									
Arrendada	2																																																									
Familiar/amigo	3																																																									
Ocupada	4																																																									
Betão	1																																																									
Telha	2																																																									
Lousalite	3																																																									
Zinco	4																																																									
Capim	5																																																									
Outros	6																																																									
<p>F2 Quantas divisões tem a Habitação ?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Nenhuma</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Uma</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Duas</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Três</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Quatro</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cinco</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Seis e mais</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Nenhuma	1		Uma	2		Duas	3		Três	4		Quatro	5		Cinco	6		Seis e mais	7		<p>F9 A Habitação tem paredes de:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Cimento/Tijolo</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Madeira/zinco</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Adobe</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Pau á pique</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Cimento/Tijolo	1		Madeira/zinco	2		Adobe	3		Pau á pique	4		Capim	5		Outros	6																			
Nenhuma	1																																																									
Uma	2																																																									
Duas	3																																																									
Três	4																																																									
Quatro	5																																																									
Cinco	6																																																									
Seis e mais	7																																																									
Cimento/Tijolo	1																																																									
Madeira/zinco	2																																																									
Adobe	3																																																									
Pau á pique	4																																																									
Capim	5																																																									
Outros	6																																																									
<p>F3 Quantos quartos para dormir tem a Habitação?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Nenhum</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Um</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Dois</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Três</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Quatro</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cinco</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Seis e mais</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Nenhum	1		Um	2		Dois	3		Três	4		Quatro	5		Cinco	6		Seis e mais	7		<p>F10 O agregado possui?: Inclui só artigos que funcionam</p> <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sim</th> <th style="text-align: center;">Não</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A Rádio</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>B Televisão</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>C Geleira/Arca</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>D Rádio cassette</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>E Vídeo</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>F Computador</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>G Ventoinha</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>H Fogão</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>I Telefone</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>J Outros</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> </tbody> </table>		Sim	Não		1	2	A Rádio			B Televisão			C Geleira/Arca			D Rádio cassette			E Vídeo			F Computador			G Ventoinha			H Fogão			I Telefone			J Outros		
Nenhum	1																																																									
Um	2																																																									
Dois	3																																																									
Três	4																																																									
Quatro	5																																																									
Cinco	6																																																									
Seis e mais	7																																																									
	Sim	Não																																																								
	1	2																																																								
A Rádio																																																										
B Televisão																																																										
C Geleira/Arca																																																										
D Rádio cassette																																																										
E Vídeo																																																										
F Computador																																																										
G Ventoinha																																																										
H Fogão																																																										
I Telefone																																																										
J Outros																																																										
<p>F4 O alojamento tem energia eléctrica?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Sim	1		Não	2		<p>F11 Algum membro do agregado possui?: Inclui só artigos que funcionam</p> <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sim</th> <th style="text-align: center;">Não</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A Viatura</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>B Bicicleta</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>C Motorizada</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>D Carroça</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>E Cavalo/burro</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>F Telefone móvel</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>G Outros</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> </tbody> </table>		Sim	Não		1	2	A Viatura			B Bicicleta			C Motorizada			D Carroça			E Cavalo/burro			F Telefone móvel			G Outros																										
Sim	1																																																									
Não	2																																																									
	Sim	Não																																																								
	1	2																																																								
A Viatura																																																										
B Bicicleta																																																										
C Motorizada																																																										
D Carroça																																																										
E Cavalo/burro																																																										
F Telefone móvel																																																										
G Outros																																																										
<p>F5 O pavimento da Habitação é de:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Madeira/Mosaico/Tijoleira</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cimento</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Terra batida/Palha</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Madeira/Mosaico/Tijoleira	1		Cimento	2		Terra batida/Palha	3		<p>F12 O que utiliza o agregado para fazer as suas necessidades?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sistema de esgoto(pia/sanita)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Com fossa séptica e poço roto</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço roto somente</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Latrina</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Directo ao rio, no mar ou lago</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim, mato e ar livre</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lata/Balde/Saco plástico</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Sistema de esgoto(pia/sanita)	1		Com fossa séptica e poço roto	2		Poço roto somente	3		Latrina	4		Directo ao rio, no mar ou lago	5		Capim, mato e ar livre	6		Lata/Balde/Saco plástico	7																												
Madeira/Mosaico/Tijoleira	1																																																									
Cimento	2																																																									
Terra batida/Palha	3																																																									
Sistema de esgoto(pia/sanita)	1																																																									
Com fossa séptica e poço roto	2																																																									
Poço roto somente	3																																																									
Latrina	4																																																									
Directo ao rio, no mar ou lago	5																																																									
Capim, mato e ar livre	6																																																									
Lata/Balde/Saco plástico	7																																																									
<p>F6 Qual é a principal fonte de água para beber?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Água canalizada</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Chafariz/Fontenário</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Furo com bomba</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço protegido</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço não protegido</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lagoa/rio/riacho</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Tanque</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Camião cisterna</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Água canalizada	1		Chafariz/Fontenário	2		Furo com bomba	3		Poço protegido	4		Poço não protegido	5		Lagoa/rio/riacho	6		Tanque	7		Camião cisterna	8		<p>F7 O agregado trata ou ferve a água antes de beber?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Sim	1		Não	2																												
Água canalizada	1																																																									
Chafariz/Fontenário	2																																																									
Furo com bomba	3																																																									
Poço protegido	4																																																									
Poço não protegido	5																																																									
Lagoa/rio/riacho	6																																																									
Tanque	7																																																									
Camião cisterna	8																																																									
Sim	1																																																									
Não	2																																																									

--	--	--	--	--	--	--

T

<p>F13 Qual é o principal tipo de combustível que o agregado usa para cozinhar?</p> <table> <tr> <td>Electricidade</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gás</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Petróleo</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lenha</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Carvão</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Palha</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Electricidade	1	<input type="checkbox"/>	Gás	2	<input type="checkbox"/>	Petróleo	3	<input type="checkbox"/>	Lenha	4	<input type="checkbox"/>	Carvão	5	<input type="checkbox"/>	Palha	6	<input type="checkbox"/>	<p>F15 Onde é que o agregado deposita o lixo?</p> <table> <tr> <td>Carro de recolha</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Contentor</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lixeira</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ar livre</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enterra/queima</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Carro de recolha	1	<input type="checkbox"/>	Contentor	2	<input type="checkbox"/>	Lixeira	3	<input type="checkbox"/>	Ar livre	4	<input type="checkbox"/>	Enterra/queima	5	<input type="checkbox"/>																																													
Electricidade	1	<input type="checkbox"/>																																																																													
Gás	2	<input type="checkbox"/>																																																																													
Petróleo	3	<input type="checkbox"/>																																																																													
Lenha	4	<input type="checkbox"/>																																																																													
Carvão	5	<input type="checkbox"/>																																																																													
Palha	6	<input type="checkbox"/>																																																																													
Carro de recolha	1	<input type="checkbox"/>																																																																													
Contentor	2	<input type="checkbox"/>																																																																													
Lixeira	3	<input type="checkbox"/>																																																																													
Ar livre	4	<input type="checkbox"/>																																																																													
Enterra/queima	5	<input type="checkbox"/>																																																																													
<p>F14 Qual é a principal fonte de energia que o agregado usa para iluminação?</p> <table> <tr> <td>Electricidade</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gás</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Petróleo</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gerador</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bateria</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vela</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lenha</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Óleo</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Electricidade	1	<input type="checkbox"/>	Gás	2	<input type="checkbox"/>	Petróleo	3	<input type="checkbox"/>	Gerador	4	<input type="checkbox"/>	Bateria	5	<input type="checkbox"/>	Vela	6	<input type="checkbox"/>	Lenha	7	<input type="checkbox"/>	Óleo	8	<input type="checkbox"/>	<p>F16 Quanto tempo em minutos leva para chegar á (ao)...mais próxima?</p> <table> <tr> <th></th> <th>0-14</th> <th>15-29</th> <th>30-44</th> <th>45-59</th> <th>60 +</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>A Fonte de água para beber</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Mercado/loja de alimentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Paragem de transporte público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Escola primária</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Escola Secundária</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Hospital ou clínica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Unidade hospitalar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		0-14	15-29	30-44	45-59	60 +		1	2	3	4	5	A Fonte de água para beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B Mercado/loja de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Paragem de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Escola primária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Escola Secundária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F Hospital ou clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G Unidade hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricidade	1	<input type="checkbox"/>																																																																													
Gás	2	<input type="checkbox"/>																																																																													
Petróleo	3	<input type="checkbox"/>																																																																													
Gerador	4	<input type="checkbox"/>																																																																													
Bateria	5	<input type="checkbox"/>																																																																													
Vela	6	<input type="checkbox"/>																																																																													
Lenha	7	<input type="checkbox"/>																																																																													
Óleo	8	<input type="checkbox"/>																																																																													
	0-14	15-29	30-44	45-59	60 +																																																																										
	1	2	3	4	5																																																																										
A Fonte de água para beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
B Mercado/loja de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
C Paragem de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
D Escola primária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
E Escola Secundária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
F Hospital ou clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
G Unidade hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										

T

T

T

G – INDICADORES DE POBREZA

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--

<p>G1 Quantas refeições o agregado fez no dia anterior?</p> <p>T</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Uma</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Duas</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Três</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Quatro e mais</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Uma	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Duas	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Três	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Quatro e mais	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G 8 O agregado usou óleo alimentar nas refeições a semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																		
Uma	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Duas	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Três	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Quatro e mais	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
<p>G2 O agregado comeu peixe na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G9 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar óleo alimentar na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
<p>G3 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar peixe a semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G10 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar fuba na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
<p>G4 O agregado comeu carne na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G11 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar sabão na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
<p>G5 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar carne na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G12 O agregado comprou roupas no último mês?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
<p>G6 O agregado comeu verduras na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p>G7 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar verduras na semana passada?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não comprou</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de Kz 200</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 200 - Kz 400</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 401 - Kz 600</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kz 601 - Kz 800</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mais de Kz 800</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Sim	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Não comprou	1	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Menos de Kz 200	2	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 200 - Kz 400	3	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 401 - Kz 600	4	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Kz 601 - Kz 800	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			
Mais de Kz 800	6	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																			

T

T

T

H – CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

T	H1 Para cada criança menor de 5 anos escreva o código da criança e da respectiva mãe. Escreva 00 se a mãe da criança não é membro do agregado e 99 se a mãe da criança faleceu.																																																											
	Criança <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Mãe <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Criança <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Mãe <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Criança <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Mãe <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																																												
	H2 Escreva a data de nascimento da criança.																																																											
	Dia <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Mês <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Ano <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Dia <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Mês <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Ano <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Dia <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Mês <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			Ano <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														
Hospital/maternidade 1 Clínica 2 Centro de saúde 3 Posto de saúde 4 Em casa 5 Outro 6	H3 Onde nasceu a criança?																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>							T																															
Ninguém 1 Médico(a) 2 Enfermeiro(a) 3 Parteira 4 Parteira tradicional 5 Parente/amiga 6 Sem parentesco 7	H4 Quem assistiu o parto? Se assistiu mais do que uma pessoa, anota a pessoa mais qualificada.																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>								<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>								<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>								<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																			
	H5 Qual é o peso em quilo e a altura em centímetros da criança? PARA CRIANÇAS ENTRE 06 À 59 MESES DE IDADE Crianças com menos de 2 anos medir o comprimento (deitada) Anota com um dígito decimal.																																																											
	Peso <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Altura <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Peso <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Altura <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Peso <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Altura <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Peso <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Altura <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																												
Medida 1 Ausente 2 Recusado 3 Deficiente 4	H6 Resultado da medição																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																												
Sim 1 Não 2	H7 A criança tem cartão de vacinação?																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																																		
Sarampo BCG DTP1 DTP2 DTP3 Pólio 0 Pólio 1 Pólio 2 Pólio 3	H8 A criança recebeu vacina contra....?																																																											
	Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>										Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>										Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>										Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>										Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>										Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>									
Sim 1 Não 2	H9 A criança recebeu vitamina A? PARA CRIANÇAS ENTRE 06 À 59 MESES DE IDADE																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																																		
Sim 1 Não 2	H10 A criança dorme debaixo de um mosquito?																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																																		
Sim 1 Não 2	H11 O mosquito é tratado?																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																																		
Diarréia Febre Malária Tosse	H12 Nas últimas 2 semanas a criança esteve doente com...? Marcar mais do que uma resposta																																																											
	Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Sim 1 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Não 2 <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																		
Sim 1 Não 2	H13 A criança foi assistida pelo pessoal de saúde? Para as crianças com febre/malária.																																																											
	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>																																																		

T

T

