

B - DEMOGRÁFIA

		Número de Referência										
NÚMERO DO MEMBRO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T	Chefe											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?	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>										
	B3 Quantos anos completou o (NOME) no seu último aniversário ?	<input type="text"/>										
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	<input type="checkbox"/>										
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?	<input type="checkbox"/>										
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	<input type="checkbox"/>										
Sim 1 Não 2 Faleceu 3	B7 A mãe do (NOME) vive neste agregado?	<input type="checkbox"/>										
Sim 1 Não 2 Não sabe 3	B8 O (NOME) nasceu nesta província?	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	T									

T

C - EDUCAÇÃO

Número de Referência

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

NÚMERO DO MEMBRO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T												T
	C1	O (NOME) sabe ler e escrever? Para pessoas que têm 15 anos e mais de idade										
	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"/>	
		PARA TODAS AS PESSOAS DE 5 ANOS E MAIS DE IDADE										
	C2	O (NOME) alguma vez frequentou a escola?										
	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"/>	SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
	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"/>			
	C4	O (NOME) frequentou a escola no ano passado?										
	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"/>	
	C5	O (NOME) frequenta a escola agora?										
	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"/>	SE NÃO PASSE PARA C10
	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"/>			
	C7	Em que tipo de escola o (NOME) estuda actualmente?										
	Oficial 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"/>	
	Privado 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"/>	
	Religioso 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"/>	
	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"/>	T
	C8	O (NOME) tem alguns problemas com a escola actualmente?										
	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"/>	SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
	C9	Quais são os problemas que o (NOME) tem?										
	Falta de material 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"/>	
	Má qualidade do ensino 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"/>	
	Falta de professores 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"/>	
	Instalações em más cond 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"/>	
	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"/>	PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
	C10	Porque razão o (NOME) não estuda actualmente?										
	Está doente 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"/>	
	Falta de vagas 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"/>	
	A escola fica muito dist 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"/>	
	Não pode pagar as prop 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"/>	
	Tem que trabalhar 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"/>	
	Não gosta da escola 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"/>	
	Falta de material 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"/>	
	Falta de escolas 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"/>	
	Muito velho/ Muito novo 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"/>	
	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"/>	PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA

T

T

D - SAÚDE

Número de Referência

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

NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T	D1 O (NOME) tem alguma deficiência física ou mental?										
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"/>	SE NÃO PASSE PARA D3
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"/>	
	D2 Que tipo de deficiência o (NOME) tem?										T
Cego parcial 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"/>	
Cego total 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"/>	
Surdo parcial 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"/>	
Surdo total 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"/>	
Surdo e mudo 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"/>	
Diminuído mental 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"/>	
Paralítico 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"/>	
Membro(s) inferior. Amputa. 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"/>	
Membro(s) superior. Amputa. 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"/>	
Outro tipo 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"/>	
	D3 O (NOME) esteve doente nas últimas 4 semanas?										
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"/>	SE NÃO PASSE PARA D5
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"/>	
	D4 Que tipo de doença o (NOME) teve?										PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Febre 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"/>	
Malária 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"/>	
Tosse 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"/>	
Diarreia 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"/>	
Bronquio-pulmonar 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"/>	
Outras 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"/>	
T	D5 O (NOME) consultou algum agente/instituição de saúde ou praticante de medicina tradicional por qualquer razão nas últimas 4 semanas?										
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"/>	SE NÃO PASSE PARA D9
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"/>	
	D6 Que tipo de agente de saúde ou praticante de medicina tradicional o (NOME) consultou?										PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Médico 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"/>	
Enfermeiro 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"/>	
Agente de saúde da comunid 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"/>	
Parteira 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"/>	
Parteira tradicional 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"/>	
Praticante tradicional 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"/>	
Outros 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"/>	
	D7 Que tipo de instituição de saúde o (NOME) consultou?										PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Posto de saúde do Estado 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"/>	
Centro de saúde do Estado 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"/>	
Hospital Provincial ou Cent. 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"/>	
Clinica ou Centro privada 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"/>	
Farmácia 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"/>	
Consultório Privado 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"/>	
Outros 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"/>	
	D8 O (NOME) teve algum problema durante a consulta?										PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
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"/>	
Falta de higiene 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"/>	
Muito tempo de espera 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"/>	
Falta de pessoal qualificado 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"/>	
Muito caro 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"/>	
Falta de medicamentos 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"/>	
Tratamentos sem êxitos 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"/>	
Outros 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"/>	
	D9 A (NOME) teve um filho nascido vivo nos últimos 12 meses? Para mulheres dos 12 aos 49 anos de idade.										
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"/>	SE NÃO PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
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"/>	

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"/>	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"/>											
T Médico 1 Parteira 2 Parteira tradicional 3 Agente saúde comunidade 4 Enfermeiro 5	<input type="checkbox"/>	T										

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

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
	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p>										
	E9 Qual é a ocupação do (NOME) no seu emprego principal ?										
	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p>										A SER CODIFICADO PELO REVISOR DE ACORDO O CÓDIGO DA CNP EM 3 DÍGITOS DESCREVE A OCUPAÇÃO NO SEU EMPREGO PRINCIPAL
	E10 Quantos dias o (NOME) trabalhou nos últimos 7 dias no seu emprego principal?										T
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	<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"/>	
	E11 Quantas horas o (NOME) trabalhou efectivamente nos últimos 7 dias no seu emprego principal?										
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	<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"/>	
	E12 Quantas horas o (NOME) trabalha habitualmente 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	<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 TRABALHOU MENOS HORAS DO QUE HABITUALMENTE TRABALHA PASSE PARA E14

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

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

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

T

Número de Referência

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

T

NÚMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
E30 Para quem o (NOME) trabalha no seu emprego secundário?												SE ASSINALAR A OPÇÃO 5 PASSE PARA E32
Patrão/conta própria 1 Sector público 2 Sector privado 3 Sector cooperativo 4 Trab. familiar sem remuneração 5	<input type="checkbox"/>											
E31 Qual é a categoria ocupacional do (NOME) no seu emprego secundário?												
Direcção e Chefia 1 Técnico superior 2 Técnico/especialistas 3 Técnico médio 4 Administrativo 5 Pessoal auxiliar 6 Operário qualificado 7 Operário não qualificado 8 Categoria Militar 9 Não sabe 10	<input type="checkbox"/>											
E32 Qual é o numero de trabalhadores no emprego secundário do (NOME) ?												T
Menos de 5 1 5 -10 2 11-20 3 21-50 4 51-100 5 Mais do que 100 6	<input type="checkbox"/>											
E33 O (NOME) esteve a procurar mais outro emprego nos últimos 7 dias?												SE NÃO/ NÃO SABE PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
Sim 1 Não 2 Não sabe 3	<input type="checkbox"/>											
E34 Que tipo de emprego o (NOME) procurou ?												PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Assalariado correspondente as minhas qualificações 1 Outro trabalho assalariado 2 Trabalho indepen./conta própria 3 Qualquer trabalho 4	<input type="checkbox"/>											
E35 Quais são os esforços que o (NOME) fez para procurar emprego ?												PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA
Consultou o Centro de emp. 1 Através de anúncios nos Jorn. 2 Através de Rádios/Tv 3 Participou em algum concurso 4 Através de amigos ou parentes 5 Directamente de uma Unidade empregadora 6 Criando o seu próprio emp. 7	<input type="checkbox"/>											
E36 O (NOME) está a procura do primeiro emprego?												SE NÃO PASSE PARA E38
Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>											
E37 Há quanto tempo o (NOME) está a procura ?												PASSE PARA PESSOA SEGUINTE
Menos de 1 ano 1 1 a 3 anos 2 Mais de 3 anos 3	<input type="checkbox"/>											
E38 Há quanto tempo o (NOME) está desempregado ?												T
Menos de 1 ano 1 1 a 3 anos 2 Mais de 3 anos 3	<input type="checkbox"/>											

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 ?																					
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					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?																					
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					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. _____																					
	E41 Para quem o (NOME) trabalhou no seu último emprego ?																					
	Patrão /conta própria 1																					
	Sector público 2																					
	Sector privado 3																					
	Sector cooperativo 4																					
	Trab. familiar sem remuneração 5																					
	E42 Quanto tempo o (NOME) esteve no seu último emprego ?																					
	Menos de 1 ano 1																					
	1 a 3 anos 2																					
	Mais de 3 anos 3																					
	E43 Porquê o (NOME) deixou o seu último emprego ?																					
	Foi despedido 1																					
	Terminou o contrato 2																					
	A empresa fechou 3																					
	Demitiu-se 4																					
	Abandonou 5											T										

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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Arrendada</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Familiar/amigo</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Ocupada</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Telha</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lousalite</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Zinco</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Uma</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Duas</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Três</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Quatro</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cinco</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Seis e mais</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Madeira/zinco</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Adobe</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Pau á pique</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Um</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Dois</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Três</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Quatro</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cinco</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Seis e mais</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="width: 20px; 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%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: right;">T</td> </tr> <tr> <td>A Rádio</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B Televisão</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C Geleira/Arca</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D Rádio cassete</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E Vídeo</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F Computador</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G Ventoinha</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H Fogão</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I Telefone</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J Outros</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Sim	Não			1	2	T	A Rádio				B Televisão				C Geleira/Arca				D Rádio cassete				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	T																																																																			
A Rádio																																																																						
B Televisão																																																																						
C Geleira/Arca																																																																						
D Rádio cassete																																																																						
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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; 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%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>A Viatura</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>B Bicicleta</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>C Motorizada</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D Carroça</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>E Cavaloburro</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>F Telefone móvel</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>G Outros</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Sim	Não		1	2	A Viatura			B Bicicleta			C Motorizada			D Carroça			E Cavaloburro			F Telefone móvel			G Outros																																						
Sim	1																																																																					
Não	2																																																																					
	Sim	Não																																																																				
	1	2																																																																				
A Viatura																																																																						
B Bicicleta																																																																						
C Motorizada																																																																						
D Carroça																																																																						
E Cavaloburro																																																																						
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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Cimento</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Terra batida/Palha</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Com fossa séptica e poço roto</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço roto somente</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Latrina</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Directo ao rio, no mar ou lago</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Capim, mato e ar livre</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lata/Balde/Saco plástico</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Chafariz/Fontenário</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Furo com bomba</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço protegido</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Poço não protegido</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Lagoa/rio/riacho</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Tanque</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Camião cisterna</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td style="width: 20px; 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: right;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="width: 20px; 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Electricidade</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gás</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Petróleo</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lenha</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Carvão</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Palha</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Carro de recolha</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Contentor</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lixeira</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ar livre</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enterra/queima</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Electricidade</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gás</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Petróleo</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gerador</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bateria</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vela</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lenha</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Óleo</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;"><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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">0-14</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">15-29</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">30-44</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">45-59</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">60 +</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Fonte de água para beber</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Mercado/loja de alimentos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Paragem de transporte público</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Escola primária</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Escola Secundária</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Hospital ou clínica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Unidade hospitalar</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		0-14	15-29	30-44	45-59	60 +		1	2	3	4	5	A Fonte de água para beber	<input type="checkbox"/>	B Mercado/loja de alimentos	<input type="checkbox"/>	C Paragem de transporte público	<input type="checkbox"/>	D Escola primária	<input type="checkbox"/>	E Escola Secundária	<input type="checkbox"/>	F Hospital ou clínica	<input type="checkbox"/>	G Unidade hospitalar	<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"/>																																																																														
B Mercado/loja de alimentos	<input type="checkbox"/>																																																																														
C Paragem de transporte público	<input type="checkbox"/>																																																																														
D Escola primária	<input type="checkbox"/>																																																																														
E Escola Secundária	<input type="checkbox"/>																																																																														
F Hospital ou clínica	<input type="checkbox"/>																																																																														
G Unidade hospitalar	<input type="checkbox"/>																																																																														

T

T

T

G – INDICADORES DE POBREZA

Número de Referência

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

G1 Quantas refeições o agregado fez no dia anterior?

T

Uma	1	<input type="checkbox"/>
Duas	2	<input type="checkbox"/>
Três	3	<input type="checkbox"/>
Quatro e mais	4	<input type="checkbox"/>

G 8 O agregado usou óleo alimentar nas refeições a semana passada?

Sim	1	<input type="checkbox"/>
Não	2	<input type="checkbox"/>

G2 O agregado comeu peixe na semana passada?

Sim	1	<input type="checkbox"/>
Não	2	<input type="checkbox"/>

G9 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar óleo alimentar na semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

G3 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar peixe a semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

G10 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar fuba na semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

G4 O agregado comeu carne na semana passada?

Sim	1	<input type="checkbox"/>
Não	2	<input type="checkbox"/>

G11 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar sabão na semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

G5 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar carne na semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

G6 O agregado comeu verduras na semana passada?

Sim	1	<input type="checkbox"/>
Não	2	<input type="checkbox"/>

G12 O agregado comprou roupas no último mês?

Sim	1	<input type="checkbox"/>
Não	2	<input type="checkbox"/>

G7 Quanto o agregado gastou em dinheiro para comprar verduras na semana passada?

Não comprou	1	<input type="checkbox"/>
Menos de Kz 200	2	<input type="checkbox"/>
Kz 200 - Kz 400	3	<input type="checkbox"/>
Kz 401 - Kz 600	4	<input type="checkbox"/>
Kz 601 - Kz 800	5	<input type="checkbox"/>
Mais de Kz 800	6	<input type="checkbox"/>

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

T

T

