



SECÇÃO IV: LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

CARO RECENSEADOR: ESCREVA O NOME DE TODAS AS PESSOAS RESIDENTES (presentes e ausentes) INCLUÍNDO AS QUE PASSARAM A NOITE DE 15 PARA 16 DE MAIO DE 2014 NESTE AGREGADO FAMILIAR (Não esquecer dos recém nascidos, velhos e visitantes). A LISTAGEM DEVE OBEDECER A SEGUINTE A ORDEM: 1º O Chefe ou a chefe do Agregado familiar; 2º Cônjuge, 3º Filho(a)s; 4º Enteadado(a)s; 5º Genro/Nora; 6º Neto(a)s; 7º Pai/Mãe; 8º Sogro(a); 9º Irmão 10º Outro parente (tio, primo, cunhado, etc.); 11º Pessoas sem parentesco (amigos, compadres, etc.).

P.01 Nº ORDEM	P.02 PRIMEIRO E ÚLTIMO NOME									
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO V: MORTALIDADE

É importante para o País, saber o número de pessoas que faleceram entre 16 de Maio de 2013 e 15 Maio de 2014. Para isso, precisa-se registar o sexo e a idade (ao falecer) dessas pessoas. Para as do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 12 e os 49 anos, precisa-se registar se a morte foi durante a gravidez, parto ou nos 42 dias a seguir ao parto.

M. 01	NOS ÚLTIMOS 12 MESES (Entre 16 de Maio de 2013 e 15 de Maio de 2014), QUANTAS PESSOAS DESTA AGREGADO FALECERAM?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se “00”, passe para o Questionário do Indivíduo. Confirme se neste período não faleceu nenhum recém nascido/BEBÉ.

DADOS DAS PESSOAS FALECIDAS NO AGREGADO FAMILIAR

Sr(a) Recenseador, registre abaixo os dados da(s) pessoa(s) falecida(s). Se for mais do que uma pessoa, complete o preenchimento dos dados da primeira pessoa, antes de passar para a pessoa seguinte. Consulte o seu manual para mais detalhes sobre cada uma das categorias do momento da morte.

M.02 Nº DE ORDEM	M.03 SEXO		M.04 IDADE AO FALECER (Anos completos)	SÓ PARA MULHERES COM 12-49 ANOS					
	MASCULINO	FEMININO		A MORTE FOI POR COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM ....					
	1	2		M. 05 A GRAVIDEZ?		M. 06 O PARTO?		M. 07 ATÉ 6 SEMANAS APÓS O PARTO?	
				Sim. 1	Não. 2	Sim. 1	Não. 2	Sim. 1	Não. 2
<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>

“No caso de agregados familiares com mais de 6 pessoas, destacar um código de barras do segundo questionário e colar no campo [abaixo] do primeiro questionário (preenchendo também manualmente o código de barras)”.

☐☐☐☐☐☐☐☐



123456789 00



123456789 00

APPROVED/APROVADO: .....

DATE/DATA: .....



123456789 00



H03

