

1		IDENTIFICAÇÃO									
MUNICÍPIO:					AGÊNCIA:						
1.01 UF	1.02 MUNICÍPIO	1.03 DISTRITO	1.04 SUB-DISTRITO	1.05 SETOR	1.06 Nº NA FOLHA DE COLETA	1.07 Nº NA FOLHA DOM. COLETIVO	1.08 TOTAL DE HOMENS	1.09 TOTAL DE MULHERES	1.10 NÚMERO DO QUESTIONÁRIO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
1.11 QUESTIONÁRIO ÚNICO <input type="checkbox"/> 1		1.12 NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NO DOMICÍLIO									
TEM OUTROS <input type="checkbox"/> 2		<input type="text"/>		LOCALIDADE:							
É CONTINUAÇÃO <input type="checkbox"/> 3		<input type="text"/>		LOGRADOURO:							

2

## CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

**2.01 - ESPÉCIE**  

PARTICULAR PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	1	<b>Passe para o quesito 2.03</b>  <b>Passe para a lista de moradores</b>
PARTICULAR IMPROVISADO	<input type="checkbox"/>	2	
COLETIVO	<input type="checkbox"/>	3	

**2.02 - TIPO DO COLETIVO**  

HOTEL, PENSÃO	<input type="checkbox"/>	1
PRESÍDIO, CADEIA	<input type="checkbox"/>	2
ORFANATO, ASILO	<input type="checkbox"/>	3
HOSPITAL, CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	4
OUTRO	<input type="checkbox"/>	5

Passe para a lista de moradores

**2.03 - TIPO**  

CASA	<input type="checkbox"/>	1
APARTAMENTO	<input type="checkbox"/>	2
CÔMODO	<input type="checkbox"/>	3

**2.04 - ESTE DOMICÍLIO É:**  

PRÓPRIO - JÁ PAGO	<input type="checkbox"/>	1
PRÓPRIO - AINDA PAGANDO	<input type="checkbox"/>	2
ALUGADO	<input type="checkbox"/>	3
CEDIDO POR EMPREGADOR	<input type="checkbox"/>	4
CEDIDO DE OUTRA FORMA	<input type="checkbox"/>	5
OUTRA CONDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	6

**2.05 - O TERRENO EM QUE SE LOCALIZA ESTE DOMICÍLIO É:**  

PRÓPRIO	<input type="checkbox"/>	1
CEDIDO	<input type="checkbox"/>	2
OUTRA CONDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	3

**2.06 - QUAL A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO?**  

REDE GERAL	<input type="checkbox"/>	1
POÇO OU NASCENTE	<input type="checkbox"/>	2
OUTRA PROVENIÊNCIA	<input type="checkbox"/>	3

**2.07 - A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO CHEGA CANALIZADA?**  

EM PELO MENOS UM CÔMODO DO DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/>	1
SÓ NA PROPRIEDADE OU TERRENO	<input type="checkbox"/>	2
NÃO	<input type="checkbox"/>	3

**2.08 - QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NESTE DOMICÍLIO?**  

Quando não existir banheiro no domicílio, registrar 0 (zero). Se 9 ou mais registrar 9 (nove)

**2.09 - NESTE DOMICÍLIO, TERRENO OU PROPRIEDADE EXISTE INSTALAÇÃO SANITÁRIA UTILIZADA PELOS MORADORES?**  

SIM	<input type="checkbox"/>	1	Siga quesito 2.10
NÃO	<input type="checkbox"/>	2	Passe para o quesito 2.12

**2.10 - ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA É DE USO:**  

SÓ DO DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/>	1
COMUM A MAIS DE UM DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/>	2

**2.11 - O ESCOADOURO DESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA É LIGADO A:**  

REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL	<input type="checkbox"/>	1
FOSSA SÉPTICA	<input type="checkbox"/>	2
FOSSA RUDIMENTAR	<input type="checkbox"/>	3
VALA	<input type="checkbox"/>	4
RIO, LAGO, MAR	<input type="checkbox"/>	5
OUTRO ESCOADOURO	<input type="checkbox"/>	6

**2.12 - O LIXO DESTA DOMICÍLIO É:**  

COLETADO POR SERVIÇO DE LIMPEZA	<input type="checkbox"/>	1
COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA	<input type="checkbox"/>	2
QUEIMADO	<input type="checkbox"/>	3
ENTERRADO	<input type="checkbox"/>	4
JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO	<input type="checkbox"/>	5
JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR	<input type="checkbox"/>	6
OUTRO DESTINO	<input type="checkbox"/>	7

3

LISTA DE MORADORES DO DOMICÍLIO

Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO	Nº DE ORDEM	NOME COMPLETO

3.01 - Eu listei (leia o nome de todos os moradores). Há mais alguém morando aqui, inclusive alguma criança , com menos de 2 anos de idade, ou alguém que está temporariamente ausente por motivo de trabalho, internação em hospital ou por outra razão?

SIM

NÃO

1

2

(Verifique se cada pessoa mencionada é moradora antes de acrescentar seu nome à relação de moradores. Caso se confirme, acrescente seu nome à lista).

4	CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES	
<b>1ª PESSOA</b> NOME: _____		MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

  

<b>4.01 - SEXO</b>  <div style="text-align: right;">MASCULINO    <input type="checkbox"/>    1</div> <div style="text-align: right;">FEMININO     <input type="checkbox"/>    2</div>	<b>4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?</b>  <div style="text-align: right;">PESSOA RESPONSÁVEL    <input type="checkbox"/>    01</div> <div style="text-align: right;">INDIVIDUAL EM DOMICÍLIO COLETIVO    <input type="checkbox"/>    12</div>	<b>4.03 - QUAL O MÊS E ANO DO SEU NASCIMENTO?</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>MÊS</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <span>ANO</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<b>4.04 - QUAL A SUA IDADE?</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 ANO OU MAIS</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <span>MENOS DE 1 ANO</span> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<b>4.05 - SABE LER E ESCREVER?</b>  <div style="text-align: right;">SIM                <input type="checkbox"/>    1</div> <div style="text-align: right;">NÃO              <input type="checkbox"/>    2</div>	<b>4.06 - QUAL É A ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA COM APROVAÇÃO?</b>  <div style="text-align: right;">1ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    01</div> <div style="text-align: right;">2ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    02</div> <div style="text-align: right;">3ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    03</div> <div style="text-align: right;">4ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    04</div> <div style="text-align: right;">5ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    05</div> <div style="text-align: right;">6ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    06</div> <div style="text-align: right;">7ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    07</div> <div style="text-align: right;">8ª SÉRIE          <input type="checkbox"/>    08</div> <div style="text-align: right;">CURSO NÃO SERIADO    <input type="checkbox"/>    09</div> <div style="text-align: right;">NENHUMA         <input type="checkbox"/>    10</div> <p style="font-size: small;">Nota: para quem frequenta escola, registre a série anterior à que frequenta.</p>	<b>4.07 - QUAL É O GRAU CORRESPONDENTE À ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA COM APROVAÇÃO?</b>  <div style="text-align: right;">ALFABETIZAÇÃO DE ADULTOS    <input type="checkbox"/>    1</div> <div style="text-align: right;">ANTIGO PRIMÁRIO                <input type="checkbox"/>    2</div> <div style="text-align: right;">ANTIGO GINÁSIO                 <input type="checkbox"/>    3</div> <div style="text-align: right;">ANTIGO CIENTÍFICO, CLÁSSICO, ETC    <input type="checkbox"/>    4</div> <div style="text-align: right;">ENSINO FUNDAMENTAL OU 1º GRAU    <input type="checkbox"/>    5</div> <div style="text-align: right;">ENSINO MÉDIO OU 2º GRAU        <input type="checkbox"/>    6</div> <div style="text-align: right;">SUPERIOR - GRADUAÇÃO           <input type="checkbox"/>    7</div> <div style="text-align: right;">SUPERIOR - MESTRADO OU DOUTORADO    <input type="checkbox"/>    8</div> <div style="text-align: right;">NENHUM                            <input type="checkbox"/>    9</div>	<b>4.08 - QUAL FOI O SEU RENDIMENTO BRUTO EM JULHO DE 1998?</b>  NÃO TEM <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span>R\$</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00       </div>
---	--	---	---	---	--	--	--

PREENCHA COMPLETAMENTE A QUADRÍCULA CORRETA

MARQUE ASSIM

NÃO MARQUE ASSIM



2



2ª PESSOA

NOME: \_\_\_\_\_

MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

4.01 - SEXO

MASCULINO 1  
FEMININO 2

4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?

CÔNJUGE, COMPANHEIRO(a) 02  
FILHO(a), ENTEADO(a) 03  
PAI, MÃE, SOGRO(a) 04  
NETO(a), BISNETO(a) 05  
IRMÃO, IRMÃ 06

OUTRO PARENTE 07  
AGREGADO(a) 08  
PENSIONISTA 09  
EMPREGADO(a) DOMÉSTICO(a) 10  
PARENTE DO(a) EMPREGADO(a) DOMÉSTICO(a) 11

4.03 - QUAL O MÊS E ANO DO SEU NASCIMENTO?

MÊS ANO

4.04 - QUAL A SUA IDADE?

1 ANO OU MAIS MENOS DE 1 ANO

4.05 - SABE LER E ESCREVER?

SIM 1  
NÃO 2

3ª PESSOA

NOME: \_\_\_\_\_

MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

4.01 - SEXO

MASCULINO 1  
FEMININO 2

4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?

Cônjuge, companheiro(a) 02  
Filho(a), enteado(a) 03  
Pai, mãe, sogro(a) 04  
Neto(a), bisneto(a) 05  
Irmão, irmã 06

Outro parente 07  
Agregado(a) 08  
Pensionista 09  
Empregado(a) doméstico(a) 10  
Parente do(a) empregado(a) doméstico(a) 11

4.03 - Qual o mês e ano do seu nascimento?

Mês Ano

4.04 - Qual a sua idade?

1 ano ou mais Menos de 1 ano

4.05 - Sabe ler e escrever?

Sim 1  
Não 2

4ª PESSOA

NOME: \_\_\_\_\_

MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

4.01 - SEXO

MASCULINO 1  
FEMININO 2

4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?

Cônjuge, companheiro(a) 02  
Filho(a), enteado(a) 03  
Pai, mãe, sogro(a) 04  
Neto(a), bisneto(a) 05  
Irmão, irmã 06

Outro parente 07  
Agregado(a) 08  
Pensionista 09  
Empregado(a) doméstico(a) 10  
Parente do(a) empregado(a) doméstico(a) 11

4.03 - Qual o mês e ano do seu nascimento?

Mês Ano

4.04 - Qual a sua idade?

1 ano ou mais Menos de 1 ano

4.05 - Sabe ler e escrever?

Sim 1  
Não 2

5ª PESSOA

NOME: \_\_\_\_\_

MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

4.01 - SEXO

MASCULINO 1  
FEMININO 2

4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?

Cônjuge, companheiro(a) 02  
Filho(a), enteado(a) 03  
Pai, mãe, sogro(a) 04  
Neto(a), bisneto(a) 05  
Irmão, irmã 06

Outro parente 07  
Agregado(a) 08  
Pensionista 09  
Empregado(a) doméstico(a) 10  
Parente do(a) empregado(a) doméstico(a) 11

4.03 - Qual o mês e ano do seu nascimento?

Mês Ano

4.04 - Qual a sua idade?

1 ano ou mais Menos de 1 ano

4.05 - Sabe ler e escrever?

Sim 1  
Não 2

6ª PESSOA

NOME: \_\_\_\_\_

MARQUE O RETÂNGULO, SE A PRÓPRIA PESSOA PRESTAR AS INFORMAÇÕES

4.01 - SEXO

MASCULINO 1  
FEMININO 2

4.02 - QUAL A RELAÇÃO COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?

Cônjuge, companheiro(a) 02  
Filho(a), enteado(a) 03  
Pai, mãe, sogro(a) 04  
Neto(a), bisneto(a) 05  
Irmão, irmã 06

Outro parente 07  
Agregado(a) 08  
Pensionista 09  
Empregado(a) doméstico(a) 10  
Parente do(a) empregado(a) doméstico(a) 11

4.03 - Qual o mês e ano do seu nascimento?

Mês Ano

4.04 - Qual a sua idade?

1 ano ou mais Menos de 1 ano

4.05 - Sabe ler e escrever?

Sim 1  
Não 2

ASSINATURA DO INFORMANTE:

TELEFONE: