

CADASTRO SOCIAL ÚNICO

Incluir para o Desenvolvimento



ÍNDICE

1. Localização	4
FORMA DE RECOLHA DE DADOS	4
2. Informações do Agregado Familiar	4
Representante do Agregado Familiar	4
Composição do Agregado Familiar	4
3. Membro do Agregado Familiar	5
EDUCAÇÃO	5
SITUAÇÕES ESPECIAIS	6
OUTRAS INFORMAÇÕES	6
4. Características da Habitação do Agregado	8
FONTE DE ENERGIA	8
ÁGUA	9
SANEAMENTO	9
CONDIÇÕES ECONÓMICAS	9
5. Cuidados	10
6. Observações Gerais do Inquiridor	11

CADASTRO SOCIAL ÚNICO

Incluir para o Desenvolvimento



NIA: Número de Identificação do Agregado

NIM: Número de Identificação do Membro

Agregado Familiar: Uma ou mais pessoas, com ou sem parentesco, que vivem habitualmente sob o mesmo teto e partilham as despesas de habitação, alimentação, vestuário.

Representante Familiar: Membro do agregado familiar, maior de 15 anos.

O registo no CSU não confere à partida o direito a qualquer benefício social.

Atualizar as informações sempre que ocorrer mudanças no agregado e pelo menos a cada 2 anos.

Lembre-se de solicitar a identificação do Representante do Agregado Familiar e dos seus membros, prioritariamente o [Bilhete de Identidade](#) ou o [Cartão Nacional de Identificação](#).

- ⚠ Sigilo
- ⚠ Igualdade de Oportunidades
- ⚠ Focalização
- ⚠ Acesso a programas sociais

FICHA DE INQUÉRITO DO CADASTRO SOCIAL ÚNICO

1. Localização

(1.02 a 1.07 serão preenchidos com o ponto GPS)

1.01 - Data de Entrevista

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

1.02 - Ilha: _____

1.03 - Concelho: _____

1.04 - Freguesia: _____

1.05 - Meio de Residência: (Indique o código) 1- Rural 2 - Urbano

1.06 - Cidade/Vila/Zona: _____

1.07 - Bairro/Lugar: _____

1.08 - Ref. Localização: _____

Ex.: Nome da rua, frente da praça, rua atrás da Igreja

1.09 - Ref. da Casa/Edifício: _____

Ex.: Número da casa, Casa que fica no quintal, Número do Apartamento

FORMA DE RECOLHA DE DADOS

1.10 - Local de recolha de dados:*

- 1 - A domicílio
 2 - Na Câmara Municipal

1.11 - Tipo:*

- 1 - Primeiro Cadastro
 2 - Atualização

1.12 - Nome do Técnico CSU:*

1.13 - BI/CNI do Técnico CSU*

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

2. Informações do Agregado Familiar

2.01 - Número NIA:

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

2.02 - Representante do Agregado Familiar:

Número de Ordem	Nome completo do Representante*	Idade
1		

2.03 - Telefone/telemóvel:

2.04 - E-mail:

2.05 - Composição do agregado familiar (incluir todos os membros, inclusive os recém-nascidos)

Número de Ordem	Nome completo da Pessoa*	Idade
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

As questões com marcação () são de preenchimento obrigatório.

3. Membro do Agregado Familiar

3.01 - Número de Ordem:

--	--

3.01.1 - Número NIM

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

3.02 - Nome completo:* _____

3.03 - Nominho: _____

3.04 - Nome da mãe: _____

3.05 - Nome do Pai: _____

3.06 - Relação com o Representante do Agregado Familiar*

Preencha com o código correspondente:

- 1 – Representante do Agregado Familiar
- 2 – Cônjuge/Companheiro(a)
- 3 – Pai/Mãe
- 4 – Filho(a)
- 5 – Neto(a)/Bisneto(a)
- 6 – Genro/Nora
- 7 – Sobrinho(a)/Enteado(a)
- 8 – Sogro(a)
- 9 – Irmão ou Irmã
- 10 – Avô(ó)
- 11 – Padrasto/Madrasta
- 12 – Outro
- 13 – Não é parente
- 14 – Não sabe

(inserir o código)

--	--

3.07 - Qual o sexo do(a) (NOME)?*

- 1 – Masculino
- 2 – Feminino

3.08 - Data de nascimento (dd/mm/aaaa):

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

Se preenchido, então vá para 3.10

3.09 - Se não sabe a data de nascimento, qual a idade aproximada do(a) (NOME)?

--	--	--

anos

3.10 - Em que país nasceu o/a (NOME)?* (Selecione apenas uma opção)

- 1 – Cabo Verde
- 2 – Guiné Bissau
- 3 – S. Tome e Príncipe
- 4 – Angola
- 5 – Senegal
- 6 – Portugal
- 7 – Estados Unidos da América
- 8 – China
- 9 – Nigéria
- 10 – Índia
- 11 – Guiné Conacri
- 12 – Espanha
- 13 – Brasil
- 14 – França
- 15 – Outro: _____

Se opção de 2 a 15, vá para 3.12

3.11 - Em que Concelho o/a (NOME) nasceu?

Escrever o nome do Concelho.

--

3.12 - Qual é nacionalidade do(a) (NOME)?*

(Selecione todas as nacionalidades da pessoa)

- 1 – Cabo Verde
- 2 – Guiné Bissau
- 3 – S. Tome e Príncipe
- 4 – Angola
- 5 – Senegal
- 6 – Portugal
- 7 – Estados Unidos da América
- 8 – China
- 9 – Nigéria
- 10 – Índia
- 11 – Guiné Conacri
- 12 – Espanha
- 13 – Brasil
- 14 – França
- 15 – Outro: _____

Se opção 1, então vá para 3.14

3.13 - O/A (NOME) tem autorização de residência permanente?

- 1 – Sim
- 2 – Não
- 3 – Não respondeu

3.14 - O/A (NOME) tem algum tipo de Documento de Identificação?*

(Escolha UMA opção, priorizando o BI ou CNI quando já possuir)

- 1 – Bilhete de Identidade/ BI
- 2 – Cartão Nacional de Identificação/ CNI
- 3 – Cartão de Residência
- 4 – Passaporte
- 5 – Certidão de Nascimento
- 6 – Cédula de Nascimento
- 7 – Não entregou
- 8 – Não tem
- 9 – Outro. Qual? _____

3.14.2 - Qual o número de identificação selecionado:

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

3.15 - Qual é o número do NIF?

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

3.16 - Qual é o estado civil do(a) (NOME)?* (Selecione apenas uma opção)

- 1 – Casado
- 2 – União de facto
- 3 – Solteiro
- 4 – Separado ou divorciado
- 5 – Viúvo

Se opção de 3 a 5, vá para 3.18

3.17 - O/A (NOME) e o seu/sua cônjuge ou companheiro(a) vivem juntos? (Selecione apenas uma opção)

- 1 – Sim
- 2 – Não
- 3 – Migrante
- 4 – Não respondeu

EDUCAÇÃO

3.18 - O/A (NOME) sabe ler e escrever?* (Somente para pessoas de 6 anos ou mais)

- 1 – Sim
- 2 – Não

3.19 - O/A (NOME) frequenta atualmente alguma instituição de ensino público ou privado?*

(Somente para pessoas de 3 anos ou mais)

- 1 – Frequenta
 2 – Frequentou
 3 – Nunca frequentou

Se opção 2, então vá para 3.22

Se opção 3, então vá para 3.24

3.20 - Qual é o nível de instrução que o/a (NOME) frequenta?

(Selecione apenas uma opção)

- 1 – Pré-escolar (Jardim de Infância)
 2 – Alfabetização
 3 – Ensino básico (público, privado)
 4 – Ensino secundário geral
 5 – Ensino secundário via técnica
 6 – Formação profissional
 7 – Curso médio
 8 – Bacharelato ou licenciatura (superior)
 9 – Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado)

Se opção 1 ou 2, então vá para 3.25

3.21 - Qual é a classe ou ano deste nível de instrução que o/a (NOME) frequenta? (Selecione apenas uma opção)

- 1 – Primeiro
 2 – Segundo
 3 – Terceiro
 4 – Quarto
 5 – Quinto
 6 – Sexto
 7 – Sétimo
 8 – Oitavo
 9 – Nono
 10 – Décimo
 11 – Décimo Primeiro
 12 – Décimo Segundo
 13 – Outros

Vá para 3.25

3.22 - Qual é o nível de instrução que o/a (NOME) frequentou?

(Selecione a opção de maior nível de instrução)

- 1 – Pré-escolar (Jardim de Infância)
 2 – Alfabetização
 3 – Ensino básico (público, privado)
 4 – Ensino secundário geral
 5 – Ensino secundário via técnica
 6 – Formação Profissional
 7 – Curso médio (Cesp, outros)
 8 – Bacharelato ou licenciatura (superior)
 9 – Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado)
 10 – Outros

Se opção 1 ou 2, então vá para 3.24

3.23 - Qual é a classe ou ano deste nível de instrução que o/a (NOME) concluiu?

- 1 – Primeiro
 2 – Segundo
 3 – Terceiro
 4 – Quarto
 5 – Quinto
 6 – Sexto
 7 – Sétimo
 8 – Oitavo
 9 – Nono
 10 – Décimo
 11 – Décimo Primeiro
 12 – Décimo Segundo

3.24 - Qual o motivo pelo qual o/a (NOME) nunca frequentou ou deixou de frequentar uma instituição de ensino?

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Concluiu os seus estudos
 2 – Dificuldades económicas
 3 – Necessitou de ajudar em casa
 4 – Decidiu começar a trabalhar
 5 – Não gosta da escola/ não quer ir
 6 – Não há escola onde vive/ a escola é muito longe
 7 – Engravidou
 8 – Nunca foi à escola
 9 – Doença
 10 – Outro.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

3.25 - O/A (NOME) tem alguma dificuldade diariamente na realização de algumas atividades devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade (envelhecimento)?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 2, então vá para 3.28

3.26 - Qual é o tipo de dificuldade que o/a (NOME) apresenta?

(Leia todas as opções, uma a uma) (Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Não pode ver ou só vê sombras
 2 – Não pode falar ou tem dificuldades de fala
 3 – Não pode ouvir ou necessita de um aparelho de audição
 4 – Tem algum atraso ou deficiência mental
 5 – Não tem braços ou pernas
 6 – Tem mobilidade reduzida em algum membro
 7 – Necessita de ajuda de outra pessoa ou de um aparelho para mover-se ou caminhar

3.27 - O/A (NOME) tem acompanhamento especializado para tratar/acompanhar a dificuldade relatada acima?

- 1 – Sim
 2 – Não

3.28 - O/A (NOME) beneficia de cobertura na doença de alguma entidade de previdência social?*

(Leia todas as opções, uma a uma) (Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – INPS
 2 – Seguros Privados
 3 – Mutualidade de saúde
 4 – Outros: (Especifique): _____
 5 – Não tem

OUTRAS INFORMAÇÕES

3.29 - No último mês, o/a (NOME) trabalhou pelo menos uma hora em alguma atividade remunerada em dinheiro ou em espécie/género?*

(Somente para maiores de 10 anos) (Leia todas as opções e selecione apenas a que mais representa)

- 1 – Geriu um negócio
 2 – Exerceu qualquer tipo de atividade remunerada (com exceção de trabalhos domésticos)
 3 – Exerceu uma atividade doméstica remunerada ou paga em espécie/género
 4 – Exerceu uma atividade de ajuda não remunerada numa empresa do agregado familiar
 5 – Trabalhou na propriedade agrícola (sua ou não), ou na criação de animais para o consumo do agregado
 6 – Construiu ou reparou a sua casa, propriedade ou empresa
 7 – Pescou, caçou ou vendeu um produto
 8 – Procurou água, apanhou lenha para vender
 9 – Produziu qualquer artigo útil para o próprio agregado
 10 – Procurou água, apanhou lenha, cozinhou, cuidou da casa para o agregado
 11 – Não exerceu nenhuma atividade.

Se opção de 1 a 9, então vá para 3.31

Se opção 10, então vá para 3.32

Se opção 11, então vá para 3.30

4. Características da Habitação do Agregado

4.01 - Qual é o tipo de habitação do seu agregado familiar?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 - Moradia Individual (Casa individual)
- 2 - Apartamento
- 3 - Barraca (casa de lata/ bidão, casa de madeira/ palha)
- 4 - Contentor
- 5 - Improvisado em edifício (garagem, loja, fábrica, escola)
- 6 - Outro local habitado

Se opção 3 ou 4, então vá para 4.03

4.02 - Indique qual é o principal material utilizado no revestimento exterior da parede da frente da sua habitação:

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Revestida com reboco e sem pintura
- 2 - Revestida com reboco e com pintura ou marmorite
- 3 - Revestida com azulejos, ladrilhos ou com outro material cerâmico
- 4 - Revestida com outros materiais (vidro, madeira, betão à vista, pedra rústica, mármore, granito, chapa, etc.)
- 5 - Sem revestimento e com pedra à vista
- 6 - Sem revestimento e com bloco à vista

4.03 - Qual é o tipo de material utilizado na cobertura da sua habitação?*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Revestida com telhas (incluir telhas de fibrocimento, metálicas, etc.)
- 2 - Revestida com madeira
- 3 - Revestida com betão
- 4 - Revestida com palha
- 5 - Revestida com bidon
- 6 - Outros materiais

4.04 - Quantas divisões têm a habitação, incluindo a sala de jantar?*

(Considerar quartos no quintal ou garagem, quando houver. Não considerar cozinha, corredor ou casas de banho.)

--	--

divisões da habitação.

4.05 - Destas, quantas divisões são utilizadas permanentemente como quartos de dormir?*

--	--

divisões da habitação.

4.06 - Qual é o principal material utilizado no chão da sua habitação?*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Cimento
- 2 - Madeira/ parquet
- 3 - Mosaico
- 4 - Mármore/ granito
- 5 - Terra
- 6 - Outra (sintético, cortiça, borracha)

4.07 - Quantos agregados familiares ocupam esta habitação?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 - Único agregado familiar
- 2 - Dois agregados familiares
- 3 - Três ou mais agregados familiares. Indique o número _____

4.08 - O seu agregado familiar ocupa esta habitação na condição de proprietário, arrendatário, ou esta é cedida pelo empregador ou outra pessoa?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 - Proprietário ou coproprietário
- 2 - Arrendatário ou subarrendatário
- 3 - Cedida
- 4 - Outra condição: (Especifique): _____

4.09 - Esta habitação também é utilizada para outros fins além de moradia?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 - Somente habitacional
- 2 - Comércio
- 3 - Serviço
- 4 - Misto
- 5 - Sazonal
- 6 - Outros

4.10 - Na habitação onde vive, e nos arredores tem alguns dos seguintes problemas?*

(Leia todas as opções, uma a uma e selecione sim ou não)

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 - Infiltração de água no teto | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 2 - Infiltração e humidade nas paredes | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 3 - Apodrecimento de janelas | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 4 - Insuficiência de luz solar natural num dia de sol | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 5 - Barulho de vizinhos ou da rua | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 6 - Poluição, sujidade, mau cheiro | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 7 - Crime, vandalismo ou violência | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 8 - Lixeiras a céu aberto ao redor | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 9 - Rua não pavimentada (não calcetada ou não asfaltada) | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |
| 10 - Localizada em encostas sujeita a deslizamento de terra | <input type="checkbox"/> 1 - Sim | <input type="checkbox"/> 2 - Não |

FUNTE DE ENERGIA

4.11 - Na sua habitação tem eletricidade (luz elétrica)?*

- 1 - Sim
- 2 - Não

Se opção 2, então vá para 4.13

4.12 - A eletricidade que usa nesta habitação provém de:*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Rede Pública
- 2 - Painel Solar
- 3 - Gerador/ Motor a Diesel/ Gasóleo
- 4 - Eólica (vento)
- 5 - Outro. Especifique: _____

Se opção 1, vá para 4.14

4.13 - Qual é a principal forma de iluminação que usa nesta habitação?

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Vela
- 2 - Petróleo
- 3 - Gás
- 4 - Gerador/ Motor a Diesel/ Gasóleo
- 5 - Outro

4.14 - A sua habitação tem cozinha?*

(Considerar a localização da cozinha principal da habitação) (Selecione apenas uma opção)

- 1 - Sim no interior da habitação
- 2 - Sim no exterior da habitação
- 3 - Não

4.15 - Habitualmente qual é o principal combustível ou fonte de energia que costuma utilizar para cozinhar?*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Gás
- 2 - Lenha
- 3 - Carvão
- 4 - Eletricidade
- 5 - Outro
- 6 - Nenhum/ Não prepara

ÁGUA

4.16 - A sua habitação tem ligação à rede pública de distribuição de água?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 – Sim, no interior da habitação
 2 – Sim, no exterior da habitação
 3 – Não tem água canalizada da rede pública

Se opção 3, então vá para 4.18

4.17 - A maior parte da água que o agregado familiar consome diariamente vem da rede pública?

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 1, então vá para 4.19

4.18 - Qual é a principal forma de abastecimento de água utilizada pelo agregado familiar?

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Vizinhos (desde que a água seja proveniente da rede pública)
 2 - Chafariz
 3 - Autotanques
 4 - Nascente
 5 - Poço
 6 - Cisternas de água da chuva
 7 - Furo
 8 - Outras fontes (levada, galeria, ribeira)

4.19 - Quem é que da sua família normalmente vai buscar água?*

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Mulher
 2 – Homem
 3 – Criança (menor de 12 anos)
 4 – Idoso
 5 – Outros
 6 – Não vão buscar água

4.20 - A água que utilizam para beber provém da mesma fonte?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 1, então vá para 4.24

4.21 - Qual é a principal fonte de água para beber que é utilizada pelo agregado familiar?

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 - Vizinhos
 2 - Chafariz
 3 - Autotanques
 4 - Cisternas
 5 - Outras fontes (poço, furos, levada, nascente, galeria, etc.)
 6 - Uso de água engarrafada

Se opção 6, então vá para 4.24

4.22 - Costuma tratar a água que utiliza para beber?

(Selecione apenas uma opção)

- 1 – Sim, regularmente
 2 – Sim, mas raras vezes
 3 – Não

Se opção 3, então vá para 4.24

4.23 - Como costuma tratar a água para beber?

(Leia todas as opções) (Selecione apenas a opção de maior frequência)

- 1 – Lixívia
 2 – Fervura
 3 – Filtro
 4 – Outro

4.24 - A habitação tem reservatório de água?*

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Bidon/botija
 2 – Reservatório (metálico, plástico e cimento)
 3 – Cisterna
 4 – Não possui reservatório

SANEAMENTO

4.25 - Esta habitação tem sanita ou latrina?*

(Selecione apenas uma opção)

- 1 – Sanita com autoclismo
 2 – Sanita sem autoclismo
 3 – Latrina
 4 – Não tem sanita nem latrina

Se opção 4, então vá para 4.30

4.26 - Compartilha a sanita ou a latrina com outro agregado familiar?

- 1 - Sim
 2 - Não

4.27 - A sanita/latrina utilizada nesta habitação está ligada a:

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 – Rede pública de esgotos
 2 – Fossa séptica
 3 – Vala
 4 – Natureza
 5 – Outro

4.28 - A habitação tem banheira ou poliban com chuveiro?*

- 1 - Sim
 2 - Não

4.29 - Onde é que costumam deitar as águas sujas da lavagem da roupa, da limpeza e/ou do banho?*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 – Rede pública de esgoto
 2 – Fossa séptica
 3 – Fossa pública/municipal
 4 – Ao redor da casa
 5 – Natureza (mar, encosta, ribeiras)
 6 – Outro

4.30 - O lixo deste agregado familiar é:*

(Leia todas as opções e selecione apenas uma)

- 1 – Colocado em contentores
 2 – Recolhido pelo carro do lixo
 3 – Enterrados/ queimados
 4 – Jogado ao redor da casa
 5 – Jogado na natureza
 6 – Outro

CONDIÇÕES ECONÓMICAS

4.31 - O agregado familiar dispõe de quais bens ou serviços?*

(Leia todas as opções, uma a uma e selecione sim ou não) (Considere somente equipamentos que estão a funcionar)

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 – Frigorífico | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 2 – Fogão a gás | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 3 – Campingás | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 4 – Micro-ondas | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 5 – Arca congeladora | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 6 – Máquina de lavar roupa | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 7 – Ar condicionado | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 8 – Termoacumulador | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 9 – Rádio | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 10 – Leitor de CD/ DVD/ Vídeo | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 11 – Computador (desktop) | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 12 – Portátil (laptop) | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 13 – Tablet | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 14 – Telefone Fixo | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 15 – Antena Parabólica | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 16 – Acesso à Internet | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |
| 17 – Acesso à TV Cabo (ZAP, Boom TV, XCTV, TVCABO, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 – Sim | <input type="checkbox"/> 2 – Não |

4.32 - Algum dos membros do agregado familiar possui telemóvel?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 2, então vá para 4.35

4.33 - O telemóvel que o agregado familiar possui é:*

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Smartphone com acesso à Internet
 2 – Smartphone sem acesso à Internet
 3 – Modelo básico com acesso à Internet
 4 – Modelo básico sem acesso à Internet

4.34 - Quantas pessoas possuem telemóvel no seu agregado familiar?*

pessoas

4.35 - Quantos aparelhos de televisão existem nesta habitação?*

(Se não possui, preencher com número zero)

televisores

4.36 - Quantas motos ou motocicletas os membros do seu agregado familiar possuem?* *(Se não possui, preencher com número zero)*

motos

4.37 - Quantos automóveis os membros do seu agregado familiar possuem?* *(Se não possui, preencher com número zero)*

automóveis

4.38 - Algum membro do seu agregado familiar possui uma conta bancária ativa?*

- 1 – Sim
 2 – Não

4.39 - Algum familiar vive no estrangeiro?*

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Pai/Mãe do representante
 2 – Cônjuge/Companheiro(a) do representante
 3 – Filho(a) do representante
 4 – Irmão(ã) do representante
 5 – Outro parente do representante
 6 – Não possui

5. Cuidados

5.01 - Alguém do seu agregado familiar cuida de criança(s) deste agregado 0 a 12 anos (dar de mamar/comer, dar banho, vestir, etc.) durante a maior parte do dia?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 2, então vá para 5.03

5.02 - Quem presta cuidados à(s) criança(s) neste agregado familiar?

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Pai da criança
 2 – Mãe da criança
 3 – Avô/avó da criança
 4 – Irmão da criança
 5 – Outro

5.03 - Alguém do seu agregado familiar cuida de idoso(s) com 60+ anos deste agregado (dar de comer, dar banho, vestir, etc.) durante a maior parte do dia?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 2, então vá para 5.05

5.04 - Quem presta cuidados ao(s) idoso(s) neste agregado familiar?

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Pai/Mãe da pessoa cuidada
 2 – Genro/Nora da pessoa cuidada
 3 – Filho(a) da pessoa cuidada
 4 – Irmão(ã) da pessoa cuidada
 5 – Outro

5.05 - Alguém do seu agregado familiar cuida de pessoas com deficiência deste agregado (dar de comer, dar banho, vestir, etc.) durante a maior parte do dia?*

- 1 – Sim
 2 – Não

Se opção 2, então vá para 5.07

5.06 - Quem presta cuidados ao(s) deficiente(s) neste agregado familiar? (Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Pai/Mãe da pessoa cuidada
 2 – Genro/Nora da pessoa cuidada
 3 – Filho(a) da pessoa cuidada
 4 – Irmão(ã) da pessoa cuidada
 5 – Outro

5.07 - Alguém deste agregado familiar presta cuidados regularmente a pessoas em situação de dependência pertencentes a outro agregado?* *(Leia todas as opções, uma a uma e selecione sim ou não)*

- 1 – Criança 0 a 12 1 – Sim 2 – Não
2 – Idoso 60+ 1 – Sim 2 – Não
3 – Pessoas com deficiência 1 – Sim 2 – Não

5.08 - Se algum membro do agregado familiar tiver um problema de saúde, normalmente, a qual serviço recorre? *

(Selecione todas as opções verdadeiras)

- 1 – Hospital
 2 – Centro de Saúde
 3 – Unidades Sanitárias ou Postos de Saúde
 4 – Clínicas Privadas
 5 – Outro: (Especifique): _____

