



Universidade Federal de Minas Gerais
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL



SOCIEDADE CIENTÍFICA DA ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS

AIBF Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

Identificação do questionário

Identificação nova do setor

____|____|____|____|

Estrato de seleção e número do questionário

____|____|____|____|

Controle da entrevista

Código e nome do entrevistador

____|____|____|____| _____

Código e nome do supervisor

____|____|____|____| _____

Visitas (*data, hora de início e hora de fim*):

Primeira visita:

____|____|____|____|____|____| ____|____|____| ____|____|____|

Segunda visita:

____|____|____|____|____|____| ____|____|____| ____|____|____|

Terceira visita:

____|____|____|____|____|____| ____|____|____| ____|____|____|

Quarta visita:

____|____|____|____|____|____| ____|____|____| ____|____|____|

Situação da entrevista:

1 ☐ Totalmente realizada

Parcialmente realizada (*especificar o motivo*)

2 ☐ Recusa

3 ☐ Outro motivo

Não realizada (*especificar o motivo*)

4 ☐ Recusa

5 ☐ Fechada ou vaga

6 ☐ Inexistente ou não encontrada

7 ☐ Outro motivo

Motivo: _____

Para esclarecimento de dúvidas ou informações adicionais ligar a cobrar para a Science : (903121) 2509 4966

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

Instruções de montagem:

Colar nesta página a folha
de relação dos moradores
de forma que seu quadro
fique à esquerda da margem
do papel do questionário

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

Informações para contato posterior

1 Informações do responsável para o caso de ser necessário um contato posterior:

Nome:

Endereço:

Bairro:

Município:

Estado:

_____ |__|__|

Telefone para contato:

|__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|

Tipo de telefone:

|__|

- 1 Próprio
- 2 Comunitário
- 3 Recado

2 Se você ou algum membro de sua família mudar de casa, a quem você avisaria ou quem poderia informar sobre o seu destino (algum parente ou amigo bem próximo)?

Nome:

Parente/amigo:

Endereço:

Bairro:

Município:

Estado:

_____ |__|__|

Telefone para contato:

|__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|

Tipo de telefone:

|__|

- 1 Próprio
- 2 Comunitário
- 3 Recado

3 Você poderia dar o nome de algum outro parente ou amigo bem próximo que saiba o seu endereço caso você se mude?

Nome:

Parente/amigo:

Endereço:

Bairro:

Município:

Estado:

_____ |__|__|

Telefone para contato:

|__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|

Tipo de telefone:

|__|

- 1 Próprio
- 2 Comunitário
- 3 Recado

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 01 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

PARTE A - Dados gerais

1 TIPO DE DOMICÍLIO:

- ☐ 1 Casa
☐ 2 Apartamento
☐ 3 Quarto ou cômodo

2 LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO:

- ☐ 1 Condomínio de casas, apartamentos ou casas de vila
☐ 2 Favelas ou áreas invadidas ou ocupadas
☐ 3 Casa de cômodos ou cortiços
☐ 4 Construção isolada

3 EXISTE CALÇADA EM FRENTE AO DOMICÍLIO?

- ☐ 1 Sim
☐ 2 Não

4 TIPO DE RUA ONDE SE LOCALIZA O DOMICÍLIO:

- ☐ 1 Asfaltada
☐ 2 Paralelepípedos
☐ 3 Terra batida ou sem pavimentação
☐ 4 Outro tipo

5 CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO DO DOMICÍLIO:

- ☐ 1 Alugado
☐ 2 Próprio em aquisição
☐ 3 Próprio já pago
☐ 4 Cedido por empregador
☐ 5 Cedido outra forma
☐ 6 Outra condição

6 MATERIAL PREDOMINANTE NAS PAREDES EXTERNAS:

- ☐ 1 Alvenaria
☐ 2 Madeira aparelhada
☐ 3 Tijolo sem revestimento
☐ 4 Taipa não revestida
☐ 5 Madeira aproveitada
☐ 6 Outro material

7 MATERIAL PREDOMINANTE NO PISO:

- ☐ 1 Madeira aparelhada
☐ 2 Carpete
☐ 3 Cerâmica, lajota, ardósia
☐ 4 Cimento
☐ 5 Madeira aproveitada
☐ 6 Terra
☐ 7 Outro material

8 MATERIAL PREDOMINANTE NO TELHADO (cobertura externa):

- ☐ 1 Telha
☐ 2 Laje de concreto
☐ 3 Madeira aparelhada
☐ 4 Zinco ou amianto
☐ 5 Madeira aproveitada
☐ 6 Palha
☐ 7 Outro material

9 QUANTOS CÔMODOS EXISTEM NO DOMICÍLIO (inclusive banheiros e cozinha)?

10 QUANTOS CÔMODOS SÃO UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITÓRIOS?

11 DOS OUTROS CÔMODOS, QUANTOS SÃO UTILIZADOS HABITUALMENTE COMO DORMITÓRIOS?

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 01 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

PARTE A - Dados gerais

12 QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NESTE DOMICÍLIO (considere apenas os que têm chuveiro ou banheira e aparelho sanitário)?

Se 0, siga para o quesito 13. Caso contrário, passe para o quesito 14.

13 NESTE DOMICÍLIO, TERRENO OU PROPRIEDADE EXISTE SANITÁRIO UTILIZADO PELOS MORADORES?

1 Sim
2 Não → Vá para o quesito 15

14 TIPO DE ESCOADOURO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO:

1 Rede coletora de esgotos
2 Fossa séptica
3 Fossa rudimentar
4 Vala
5 Outro tipo
6 Não tem

15 EXISTE ÁGUA CANALIZADA DENTRO DO DOMICÍLIO?

1 Sim
2 Não

16 PRINCIPAL FONTE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA:

1 Rede geral
2 Poço ou nascente na propriedade Vá para o quesito 18
3 Poço ou nascente fora da propriedade Vá para o quesito 18
4 Bica pública Vá para o quesito 18
5 Carro pipa Vá para o quesito 18
6 Cisterna (água da chuva) Vá para o quesito 18
7 Outra forma Vá para o quesito 18

17 QUAL A FREQUÊNCIA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA REDE GERAL?

1 Até 4 dias por semana
2 5 ou mais dias por semana

18 PRINCIPAL TIPO DE ÁGUA USADA PARA BEBER:

1 Filtrada
2 Fervida
3 Filtrada e fervida
4 Mineral
5 Natural
6 Direto da rede

19 PRINCIPAL TIPO DE ILUMINAÇÃO:

1 Elétrica (rede geral)
2 Gerador (domiciliar)
3 Lâmpião
4 Vela ou lamparina
5 Outro tipo

20 QUAL O PRINCIPAL TIPO DE COMBUSTÍVEL USADO PARA COZINHAR?

1 Eletricidade
2 Gás de botijão ou canalizado
3 Querosene
4 Carvão ou lenha
5 Outro tipo
6 Não utiliza

21 EXISTE TELEFONE FIXO NO DOMICÍLIO?

1 Sim
2 Não

22 PRINCIPAL DESTINO DO LIXO DOMICILIAR:

1 Coletado diretamente por serviço de limpeza
2 Coletado indiretamente
3 Queimado ou enterrado
4 Jogado em terreno baldio ou logradouro
5 Jogado em rio, lago, ou no mar
6 Outro destino

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 02 - CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES E ANTROPOMETRIA

PARTE A – Características dos moradores

1 CONTANDO AS CRIANÇAS PEQUENAS, OS IDOSOS E OS EMPREGADOS QUE VIVEM AQUI, QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?

|||

2 QUANTAS FAMÍLIAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?

||

Nº DA PESSOA	3 CONTANDO COM AS CRIANÇAS, OS IDOSOS E EMPREGADOS QUE VIVEM AQUI, POR FAVOR, DIGA-ME O NOME COMPLETO DE CADA UMA DAS PESSOAS QUE VIVEM NORMALMENTE NESTE DOMICÍLIO, COMEÇANDO PELO RESPONSÁVEL (CHEFE) PELO DOMICÍLIO E, DEPOIS DELE, O CÔNJUGE OU COMPANHEIRO/A, SE HOUVER, OS FILHOS E AS DEMAIS PESSOAS:	4 SEXO: 1 Masculino 2 Feminino	5 QUAL A RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA QUE [PESSOA] TEM COM O RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO? 01 Pessoa responsável 02 Cônjuge, companheiro(a) 03 Filho(a), enteado(a) 04 Pai, mãe, sogro(a) 05 Neto(a), bisneto(a) 06 Irmão, irmã 07 Nora, genro 08 Outro parente 09 Agregado 10 Pensionista 11 Empregada doméstica 12 Parente de empregada doméstica	6 NÚMERO DA FAMÍLIA	7 CONDIÇÃO NA FAMÍLIA 01 Pessoa responsável 02 Cônjuge, companheiro(a) 03 Filho(a), enteado(a) 04 Pai, mãe, sogro(a) 05 Neto(a), bisneto(a) 06 Irmão, irmã 07 Nora, genro 08 Outro parente 09 Agregado 10 Pensionista 11 Empregada doméstica 12 Parente de empregada doméstica	8 EM QUE DIA, MÊS E ANO NASCEU [PESSOA]? Caso não saiba a data de nascimento, preencher com: 88/88/8888.	9 IDADE EM ANOS COMPLETOS OU IDADE PRESUMIDA DE [PESSOA]?	PARA PESSOAS COM 14 ANOS OU MAIS 10 QUAL É O ESTADO CIVIL/CONJUGAL DE [PESSOA]? 1 Solteiro 2 Casado no civil e religioso 3 Casado só no civil 4 Casado só no religioso 5 União consensual 6 Desquitado/separado judicialmente 7 Divorciado 8 Separado de fato 9 Viúvo	Nº DA PESSOA
01						/ /			01
02						/ /			02
03						/ /			03
04						/ /			04
05						/ /			05
06						/ /			06
07						/ /			07
08						/ /			08
09						/ /			09
10						/ /			10
11						/ /			11
12						/ /			12

SEÇÃO 02 - CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES E ANTROPOMETRIA

[illegible]

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 02 - CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES E ANTROPOMETRIA

PARTE B – Medidas antropométricas para todos os moradores do domicílio

Nº DA PES- SOA	1 QUAL A ALTURA/ COMPRIMENTO DE [NOME] (metros e centímetros)?	2 QUAL A ALTURA/ COMPRIMENTO DE [NOME] (metros e centímetros)?	3 A ALTURA FOI MEDIDA? 1 Sim 2 Não, ausente 3 Não, doente 4 Não, não quis ou não foi permitido 5 Não, outro motivo	4 COMO FOI FEITA A MEDIDA? 1 Em pé 2 Deitado	5 QUAL O PESO DE [NOME] (quilos e gramas)? (Se criança de menos de 2 anos, registrar o peso do adulto com a criança no colo)	SE CRIANÇA DE MENOS DE 2 ANOS	7 FOI PESADO? 1 Sim 2 Não, ausente 3 Não, doente 4 Não, não quis ou não foi permitido 5 Não, outro motivo	Nº DA PES- SOA
	MEDIDA 1	MEDIDA 2				6 QUAL O PESO DO ADULTO QUE SEGUROU A CRIANÇA NA BALANÇA? (quilos e gramas)?		
01	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		01
02	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		02
03	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		03
04	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		04
05	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		05
06	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		06
07	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		07
08	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		08
09	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		09
10	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		10
11	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		11
12	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____			____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____		12

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

|||

[illegible]

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

Parte A – Dados gerais

[illegible]

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

Nº DA PES-SOA	SOMENTE PARA QUEM FREQUÊNTA ESCOLA					SOMENTE PARA QUEM NÃO FREQUÊNTA ESCOLA		PARA PESSOAS DE 6 A 15 ANOS	Nº DA PES-SOA
	21 QUAL O PRINCIPAL MEIO DE TRANSPORTE HABITUALMENTE UTILIZADO PARA IR ATÉ A CRECHE OU ESCOLA? 1 Ônibus público 2 Trem/metrô 3 Trem/metrô/ônibus 4 Transporte escolar (van, kombi, ônibus) 5 Carro ou moto particular 6 Outro veículo próprio motorizado (lança, trator) 7 Transporte próprio não-motorizado (bicicleta, cavalo, canoa, etc.) 8 Outro tipo 9 Não utiliza (vai a pé)	22 QUANTO TEMPO GASTA HABITUALMENTE PARA IR À ESCOLA? (Informar o tempo em horas e minutos)	23 DEIXOU DE IR À ESCOLA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? 1 Sim 2 Não <i>Vá para 28</i>	24 QUANTOS DIAS DEIXOU DE IR À ESCOLA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? Se a resposta for 0, vá para o quesito 28	25 QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO PELO QUAL DEIXOU DE IR À ESCOLA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? 01 Problemas de saúde/doença 02 Preciso trabalhar 03 Preciso ajudar o pai/mãe no trabalho 04 Preciso ficar em casa para olhar os irmãos 05 Preciso ficar em casa para cuidar de pessoa doente 06 Não gosta da escola 07 Não gosta do professor 08 Não quer estudar/Não se sente motivado 09 Não teve quem o(a) levasse 10 Problema de violência na vizinhança da escola ou do domicílio 11 Violência dentro da escola 12 Outro motivo	26 QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUÊNTOU, NO QUAL CONCLUIU PELO MENOS UMA SÉRIE? 01 Creche 02 Pré-escolar 03 Classe de alfabetização 04 Alfabetização de adultos/AJA 05 Ensino fundamental ou 1º grau - regular seriado 06 Ensino fundamental ou 1º grau - regular não-seriado 07 Supletivo/EJA (ensino fundamental ou 1º grau) 08 Ensino médio ou 2º grau - regular seriado 09 Ensino médio ou 2º grau - regular não-seriado 10 Supletivo/EJA (ensino médio ou 2º grau) 11 Pré-vestibular 12 Superior - graduação 13 Mestrado ou doutorado	27 - QUAL É A ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA COM APROVAÇÃO? 01 Primeira 02 Segunda 03 Terceira 04 Quarta 05 Quinta 06 Sexta 07 Sétima 08 Oitava 09 Curso não-seriado 10 Nenhuma	28 QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INICIOU A PRIMEIRA SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMEIRO ANO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)? Para quem ainda não iniciou o ensino fundamental, preencher com: 00	
01		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	01	
02		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	02	
03		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	03	
04		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	04	
05		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	05	
06		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	06	
07		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	07	
08		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	08	
09		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	09	
10		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	10	
11		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	11	
12		__ : __ __			__ __ __	__ __ __	__ __ __	12	

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

Nº DA PES-SOA	PARA TODAS AS PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS							SOMENTE PARA ALUNOS DE AJA	Nº DA PES-SOA
	<p>29 [NOME] INICIOU ALGUM CURSO DE ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (AJA)?</p> <div style="float:left; width:60%;"> 1 Sim Vá para 31 2 Não </div>	<p>30 PORQUE NÃO INICIOU CURSO DE AJA?</p> <div style="font-size: small;"> 1 Frequentia / frequentou curso regular 2 Não sabe se existe curso de AJA 3 Não existe o curso de AJA no município ou região 4 Não tinha tempo (trabalha, cuida de crianças, etc.) 5 Passou da idade 6 Local do curso era muito distante 7 Muita despesa para fazer o curso 8 O curso não funciona 9 Não vê necessidade </div> <div style="text-align:center; margin-top: 20px;">(MARQUE A RESPOSTA E VÁ PARA 37)</div>	<p>31 QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INICIOU UM CURSO DE AJA PELA PRIMEIRA VEZ?</p>	<p>32 QUANTAS VEZES INICIOU UM CURSO DE AJA?</p> <div style="font-size: x-small;"> 1 Só uma vez 2 Duas vezes 3 Três ou mais vezes </div>	<p>33 QUANTAS VEZES CONCLUIU UM CURSO DE AJA?</p> <div style="font-size: x-small;"> 0 Não concluiu 1 Só uma vez Vá para 35 2 Duas vezes Vá para 35 3 Três ou mais vezes Vá para 35 </div>	<p>34 PORQUE NÃO CONCLUIU O CURSO DE AJA?</p> <div style="font-size: small;"> 1 Porque ainda está cursando Vá para 36 2 Não tinha tempo (trabalha, cuida de crianças, etc.) Vá para 37 3 Local do curso era muito distante Vá para 37 4 Muita despesa para fazer o curso Vá para 37 5 O curso não funciona Vá para 37 6 Não vê necessidade Vá para 37 </div>	<p>35 QUANTOS ANOS TINHA QUANDO CONCLUIU UM CURSO DE AJA PELA ÚLTIMA VEZ?</p>	<p>36 HÁ QUANTOS MESES INICIOU O CURSO DE AJA?</p>	
01			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
02			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
03			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
04			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
05			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
06			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
07			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
08			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
09			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
10			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
11			_ _ _				_ _ _	_ _ _	
12			_ _ _				_ _ _	_ _ _	

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

Parte A – Dados gerais

Nº DA PES-SOA	PARA TODAS AS PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS						Nº DA PES-SOA
	37 [NOME] INICIOU ALGUM CURSO DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (EJA)? 1 Sim Vá para 39 2 Não	38 PORQUE NÃO INICIOU CURSO DE EJA? 1 Frequentar/frequentou curso regular 2 Não sabe se existe curso de EJA 3 Não existe o curso de EJA no município ou região 4 Não tinha tempo (trabalha, cuida de crianças, etc.) 5 Passou da idade 6 Local do curso era muito distante 7 Muita despesa para fazer o curso 8 O curso não funciona 9 Não vê necessidade (MARQUE A RESPOSTA E ENCERRE A PARTE)	39 QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INICIOU UM CURSO DE EJA PELA PRIMEIRA VEZ?	40 CONCLUIU UM CURSO DE EJA? 1 Sim Vá para 42 2 Não	41 PORQUE NÃO CONCLUIU O CURSO DE EJA? 1 Porque ainda está cursando 2 Não tinha tempo (trabalho, cuida de crianças, etc.) 3 Local do curso era muito distante 4 Muita despesa para fazer o curso 5 O curso não funciona 6 Não vê necessidade (MARQUE A RESPOSTA E VÁ PARA A PRÓXIMA PESSOA)	42 QUANTOS ANOS TINHA QUANDO CONCLUIU UM CURSO DE EJA PELA ÚLTIMA VEZ?	
01							
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 03 - EDUCAÇÃO

Parte B – Gastos com educação

[illegible]

SEÇÃO 04 - SAÚDE

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

| | |

Nº DA PES- SOA	2 COMO AVALIA O ESTADO DE SAÚDE DE [NOME]? 1 Muito bom 2 Bom 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim 6 Não sabe avaliar	3 TEM ALGUM PROBLEMA CRÔNICO DE SAÚDE OU TEVE ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? 1 Sim 2 Não Vá para 6	4 QUAL FOI O [PRINCIPAL] PROBLEMA? 1 Acidente/ lesão 2 Problema odontológico 3 Gripe/ resfriado 4 Bronquite/ pneumonia 5 Infecção 6 Doença crônica 7 Diarréia 8 Outro	5 [NOME] PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? 1 Sim 2 Não Vá para 18	6 [NOME] PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? 1 Sim 2 Não Vá para 16	7 QUAL FOI O MOTIVO PRINCIPAL PELO QUAL [NOME] PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE NA ÚLTIMA VEZ 01 Acidente ou lesão 02 Problema odontológico 03 Tratamento preventivo/rotina 04 Parto 05 Obtenção de atestado médico 06 Tratamento de reabilitação 07 Pré-natal 08 Vacinação 09 Gripe/ resfriado 10 Bronquite/pneumonia 11 Doente, com alguma infecção 12 Apresentava dores 13 Doença crônica 14 Diarréia 15 Outro motivo 16 Motivo ignorado	8 COM RELAÇÃO A ESTE ÚLTIMO MOTIVO PELO QUAL [NOME] PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE, FOI ATENDIDO? 1 Sim 2 Não Vá para 17	9 ONDE OCORREU O ÚLTIMO ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE DE [NOME]? 1 Farmácia 2 Posto de saúde 3 Consultório médico particular 4 Consultório odontológico 5 Consultório de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) 6 Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7 Ambulatório ou consultório de clínica 8 Hospital/consulta 9 Laboratório ou clínica para exames complementares 10 Atendimento domiciliar 11 Hospital/internação 12 Outro local	10 QUANTO TEMPO [NOME] GASTOU PARA CHEGAR AO LOCAL DO ÚLTIMO ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE? 1 Até 30 minutos 2 De 30 minutos a 1 hora 3 1 a 2 horas 4 2 a 5 horas 5 Mais de 5 horas	11 QUAL O PRINCIPAL MEIO DE TRANSPORTE QUE [NOME] UTILIZOU PARA CHEGAR AO LOCAL DO ÚLTIMO ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE? 1 Ambulância 2 Ônibus público 3 Trem/metrô 4 Trem/metrô-ônibus 5 Transporte escolar (van, kombi) 6 Carro ou moto particular motorizado (lança, trator) 7 Outro veículo próprio motorizado (bicicleta, cavalo, canoa, etc.) 8 Transporte próprio não-motorizado (bicicleta, cavalo, canoa, etc.) 9 Outro tipo 10 Não utilizou (Foi a pé)	12 PAGOU PELO ÚLTIMO ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE DE [NOME]? 1 Sim 2 Não	13 ESSE ÚLTIMO ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE FOI FEITO ATRAVÉS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)? 1 Sim, em hospital ou posto de saúde 2 Sim, por um agente comunitário de saúde 3 Não	Nº DA PES- SOA
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 04 - SAÚDE

PARTE A – Dados gerais

Nº DA PES-SOA	14 QUAL O NOME DO LOCAL ONDE FOI REALIZADO O ÚLTIMO ATENDIMENTO DE [NOME]?	15 QUAL O ENDEREÇO DO LOCAL ONDE FOI REALIZADO O ÚLTIMO ATENDIMENTO DE [NOME]?	16 QUAL O PRINCIPAL MOTIVO PELO QUAL [NOME] NÃO PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO OU DE SAÚDE?	17 QUANTOS DIAS DE ATIVIDADES ESCOLARES E/OU DE TRABALHO [NOME] PERDEU POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	18 [NOME] ESTEVE INTERNADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	19 [NOME] TEM COBERTURA DE PLANO OU SEGURO-SAÚDE?	Nº DA PES-SOA
		se responder este quesito, vá para 17	1 Não teve problema de saúde 2 Teve problema de saúde, mas não houve necessidade de atendimento 3 Houve necessidade do atendimento, mas o local de atendimento era distante de casa 4 Houve necessidade do atendimento, mas havia dificuldade de transporte 5 Houve necessidade do atendimento, mas teve falta de dinheiro 6 Houve necessidade do atendimento, mas não teve tempo 7 Houve necessidade do atendimento, mas o atendimento é muito demorado 8 Houve necessidade do atendimento, mas o estabelecimento não possuía horário 9 Houve necessidade do atendimento, mas o estabelecimento não possuía especialista 10 Houve necessidade do atendimento, mas considerou que não conseguiria atendimento 11 Outro motivo	99 para quem não estuda nem trabalha	1 Sim 2 Não	1 Sim 2 Não	
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 04 - SAÚDE

PARTE B – Para mulheres de 10 a 49 anos de idade:

Nº DA PES- SOA	1 ESTÁ GRÁVIDA? 1 Sim 2 Não Encerre a parte	2 EM QUE MÊS DA GESTAÇÃO ESTÁ?	3 QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZOU DURANTE ESTA GESTAÇÃO?	Nº DA PES- SOA
01				01
02				02
03				03
04				04
05				05
06				06
07				07
08				08
09				09
10				10
11				11
12				12

SEÇÃO 04 - SAÚDE

1 ESTE DOMICÍLIO RECEBE A VISITA DE AGENTES DE SAÚDE?

- 1 Nunca recebe
- 2 Todo o mês
- 3 A cada 2 meses
- 4 A cada 3 meses
- 5 A cada 6 meses
- 6 Sem periodicidade fixa

Nº DO ITEM	ITEM	1 NO [PERÍODO DE REFERÊNCIA], VOCÊS (MORADORES DO DOMICÍLIO) TIVERAM GASTOS COM [ITEM] PARA PESSOAS COM ATÉ 14 ANOS DE IDADE?	2 NÚMERO DE CRIANÇAS COM ATÉ 14 ANOS DE IDADE PARA AS QUAIS FORAM FEITOS OS GASTOS	3 QUANTO GASTOU, EM REAIS, COM [ITEM] PARA CRIANÇAS COM ATÉ 14 ANOS DE IDADE ?	4 NO [PERÍODO DE REFERÊNCIA], VOCÊS (MORADORES DO DOMICÍLIO) TIVERAM GASTOS COM [ITEM] PARA PESSOAS COM 15 ANOS DE IDADE OU MAIS?	5 NÚMERO DE PESSOAS COM 15 ANOS DE IDADE OU MAIS PARA AS QUAIS FORAM FEITOS OS GASTOS	6 QUANTO GASTOU, EM REAIS, COM [ITEM] PARA PESSOAS COM 15 ANOS DE IDADE OU MAIS QUE MORAM NESTE DOMICÍLIO?
		1 Sim 2 Não Vá para 4			1 Sim 2 Não Encerre a linha		
PERÍODO DE REFERÊNCIA: ÚLTIMOS 30 DIAS							
01	CONSULTAS						
02	EXAMES						
03	REMÉDIO DE USO CONTÍNUO						
04	REMÉDIO DE USO OCASIONAL						
05	PLANO/SEGURO DE SAÚDE						
PERÍODO DE REFERÊNCIA: ÚLTIMOS 12 MESES							
06	INTERNAÇÃO						

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 04 - SAÚDE

PARTE E – Saúde da criança - Para todas as crianças com até 6 anos de idade

Nº DA PES-SOA	1 [NOME] TEM UM CARTÃO DA CRIANÇA/CARTÃO DE VACINA? 1 Sim 2 Nunca teve Encerre a parte 3 Não tem agora Encerre a parte	2 POSSO VÊ-LO? 1 Sim 2 Não Encerre a parte Atenção para o preenchimento das colunas a seguir: Se para alguma vacina o cartão de vacina indicar que a vacina foi dada, mas não registrar a data, preencher a data com: 99/99/9999	3 ANTI-PÓLIO - 1ª DOSE	4 ANTI-PÓLIO - 2ª DOSE	5 ANTI-PÓLIO - 3ª DOSE	6 ANTI-PÓLIO Último reforço	Nº DA PES-SOA
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 04 - SAÚDE

PARTE E – Saúde da criança - Para todas as crianças com até 6 anos de idade

Nº DA PESSOA	7 D.P.T. - 1ª DOSE	8 D.P.T. - 2ª DOSE	9 D.P.T. - 3ª DOSE	10 D.P.T. Último Reforço	Nº DA PESSOA
01	/ /	/ /	/ /	/ /	01
02	/ /	/ /	/ /	/ /	02
03	/ /	/ /	/ /	/ /	03
04	/ /	/ /	/ /	/ /	04
05	/ /	/ /	/ /	/ /	05
06	/ /	/ /	/ /	/ /	06
07	/ /	/ /	/ /	/ /	07
08	/ /	/ /	/ /	/ /	08
09	/ /	/ /	/ /	/ /	09
10	/ /	/ /	/ /	/ /	10
11	/ /	/ /	/ /	/ /	11
12	/ /	/ /	/ /	/ /	12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 04 - SAÚDE

PARTE E – Saúde da criança - Para todas as crianças com até 6 anos de idade

Nº DA PES-SOA	11 Contra Hepatite B - 1ª DOSE	12 Contra Hepatite B - 2ª DOSE	13 Contra Hepatite B - 3ª DOSE	14 BCG	15 Contra Sarampo	16 Tríplex Viral ou Reforço Contra Sarampo	Nº DA PES-SOA
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 05 - TRABALHO E TRABALHO INFANTIL

PARTE A – Informações gerais - Para todos os moradores de 5 anos ou mais de idade

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

Nº DA PES-SOA	2 TRABALHA OU JÁ TRABALHOU ALGUMA VEZ? 1 Sim, trabalha 2 Sim, não trabalha, mas já trabalhou 3 Nunca trabalhou <i>Vá para 4</i> <i>Vá para 5</i>	3 EM QUE MÊS E ANO TRABALHOU PELA ÚLTIMA VEZ?	4 COM QUE IDADE COMEÇOU A TRABALHAR?	5 [NOME] PROCUROU TRABALHO NO MÊS DE OUTUBRO DE 2005? 1 Sim 2 Não	6 [NOME] PROCUROU TRABALHO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? 1 Sim 2 Não	7 MESES TRABALHADOS (marcar com um X)												Nº DA PES-SOA	
						O U T 04	N O V 04	D E Z 04	J A N 05	F E V 05	M A R 05	A B R 05	M A I 05	J U N 05	J U L 05	A G O 05	S E T 05		O U T 05
01		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	01
02		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	02
03		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	03
04		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	04
05		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	05
06		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	06
07		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	07
08		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	08
09		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	09
10		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	10
11		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	11
12		____/____/____	____			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 05 - TRABALHO E TRABALHO INFANTIL

PARTE B – Para todos os moradores de 5 anos ou mais de idade que trabalharam ou exerceram ocupação durante os últimos 12 meses (Listar as 3 últimas ocupações)

CÓDIGOS A SEREM UTILIZADOS:

3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO

Preencher de acordo com a lista de códigos

4 RAMO DE ATIVIDADE:

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1 Agricultura | 5 Transportes |
| 2 Indústria | 6 Outros serviços |
| 3 Construção civil | 7 Administração pública |
| 4 Comércio | |

5 POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO:

- 1 Empregado
- 2 Empregador
- 3 Trabalhador por conta própria
- 4 Cooperativado
- 5 Rural - trabalhador na produção para próprio consumo
- 9 Não remunerado

QUESITOS 8, 9, 10 e 11:

- 1 Sim
- 2 Não

1 Nº DA PES- SOA	2 OCUPAÇÃO 1	3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO 1	4 RAMO DE ATI- VIDA- DE	5 POSI- ÇÃO NA OCU- PA- ÇÃO	6 HORAS HABI- TUAL- MENTE TRABA- LHADAS NA SEMA- NA	7 MESES TRABALHADOS NA OCUPAÇÃO (marcar com um X)												8 CON- TRI- BUI/ PARA PRE- VI- DÊN- CIA SO- CIAL	9 ERA/É SIN- DICA- LIZA- DO	10 RECE- BEU/ RECE- BE EM BENS	11 RECE- BEU/ RECE- BE EM DI- NHEI- RO	12 NESSE TRABALHO, QUAL FOI O RENDIMENTO MENSAL, INCLUINDO VALE TRANSPORTE, VALE REFEIÇÃO E/OU VALE ALIMENTAÇÃO DE [NOME] NO MÊS DE OUTUBRO DE 2005? (registrar zeros para quem não trabalhou nesse mês)	13 EM RELAÇÃO A ESSE TRABALHO, INFORME O VALOR DOS PRODUTOS VENDIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES
						O U T 04	N O V 04	D E Z 04	J A N 05	F E V 05	M A R 05	A B R 05	M A I 05	J U N 05	J U L 05	A G O 05	S E T 05	O U T 05					
01						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
02						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
03						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
04						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
05						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
06						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
07						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
08						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
09						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
10						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
11						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
12						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 05 - TRABALHO E TRABALHO INFANTIL

PARTE B – Para todos os moradores de 5 anos ou mais de idade que trabalharam ou exerceram ocupação durante os últimos 12 meses (Listar as 3 últimas ocupações)

CÓDIGOS A SEREM UTILIZADOS:

3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO

Preencher de acordo com a lista de códigos

4 RAMO DE ATIVIDADE:

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1 Agricultura | 5 Transportes |
| 2 Indústria | 6 Outros serviços |
| 3 Construção civil | 7 Administração pública |
| 4 Comércio | |

5 POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO:

- 1 Empregado
- 2 Empregador
- 3 Trabalhador por conta própria
- 4 Cooperativado
- 5 Rural - trabalhador na produção para próprio consumo
- 9 Não remunerado

QUESITOS 8, 9, 10 e 11:

- 1 Sim
- 2 Não

1 Nº DA PES- SOA	2 OCUPAÇÃO 2	3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO 2	4 RAMO DE ATI- VIDA- DE	5 POSI- ÇÃO NA OCU- PA- ÇÃO	6 HORAS HABI- TUAL- MENTE TRABA- LHADAS NA SEMA- NA	7 MESES TRABALHADOS NA OCUPAÇÃO (marcar com um X)												8 CON- TRI- BUI/ PARA PRE- VI- DÊN- CIA SOCIAL	9 ERA/É SIN- DICA- LIZA- DO	10 RECE- BEU/ RECE- BE EM BENS	11 RECE- BEU/ RECE- BE EM DI- NHEI- RO	12 NESSE TRABALHO, QUAL FOI O RENDIMENTO MENSAL, INCLUINDO VALE TRANSPORTE, VALE REFEIÇÃO E/OU VALE ALIMENTAÇÃO DE [NOME] NO MÊS DE OUTUBRO DE 2005? (registrar zeros para quem não trabalhou nesse mês)	13 EM RELAÇÃO A ESSE TRABALHO, INFORME O VALOR DOS PRODUTOS VENDIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
						O U T 04	N O V 04	D E Z 04	J A N 05	F E V 05	M A R 05	A B R 05	M A I 05	J U N 05	J U L 05	A G O 05	S E T 05							O U T 05																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
01						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 05 - TRABALHO E TRABALHO INFANTIL

PARTE B – Para todos os moradores de 5 anos ou mais de idade que trabalharam ou exerceram ocupação durante os últimos 12 meses (Listar as 3 últimas ocupações)

CÓDIGOS A SEREM UTILIZADOS:

3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO

Preencher de acordo com a lista de códigos

4 RAMO DE ATIVIDADE:

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1 Agricultura | 5 Transportes |
| 2 Indústria | 6 Outros serviços |
| 3 Construção civil | 7 Administração pública |
| 4 Comércio | |

5 POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO:

- 1 Empregado
- 2 Empregador
- 3 Trabalhador por conta própria
- 4 Cooperativado
- 5 Rural - trabalhador na produção para próprio consumo
- 9 Não remunerado

QUESITOS 8, 9, 10 e 11:

- 1 Sim
- 2 Não

1 Nº DA PES- SOA	2 OCUPAÇÃO 3	3 CÓDIGO DA OCUPAÇÃO 3	4 RAMO DE ATI- VIDA- DE	5 POSI- ÇÃO NA OCU- PA- ÇÃO	6 HORAS HABI- TUAL- MENTE TRABA- LHADAS NA SEMA- NA	7 MESES TRABALHADOS NA OCUPAÇÃO (marcar com um X)												8 CON- TRI- BUI/ PARA PRE- VI- DÊN- CIA SO- CIAL	9 ERA/É SIN- DICA- LIZA- DO	10 RECE- BEU/ RECE- BE EM BENS	11 RECE- BEU/ RECE- BE EM DI- NHEI- RO	12 NESSE TRABALHO, QUAL FOI O RENDIMENTO MENSAL, INCLUINDO VALE TRANSPORTE, VALE REFEIÇÃO E/OU VALE ALIMENTAÇÃO DE [NOME] NO MÊS DE OUTUBRO DE 2005? (registrar zeros para quem não trabalhou nesse mês)	13 EM RELAÇÃO A ESSE TRABALHO, INFORME O VALOR DOS PRODUTOS VENDIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	
						O U T 04	N O V 04	D E Z 04	J A N 05	F E V 05	M A R 05	A B R 05	M A I 05	J U N 05	J U L 05	A G O 05	S E T 05							O U T 05
01		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
02		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
03		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
04		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
05		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
06		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
07		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
08		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
09		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
10		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
11		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00
12		____			____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					____,00	____,00

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 06 - RENDIMENTOS (exclusive rendimentos do trabalho e benefícios do governo) RECEBIDOS NO MÊS DE REFERÊNCIA

Parte A - Para todos os moradores de 10 anos ou mais de idade

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

Nº DA PES- SOA	2 RECEBEU APOSENTADORIA OU PENSÃO DE PREVIDÊNCIA PÚBLICA (inclusive aposentadoria rural por idade)? 1 Sim 2 Não Vá para 4	3 QUANTO RECEBEU?	4 RECEBEU SEGURO DESEMPREGO? 1 Sim 2 Não Vá para 6	5 QUANTO RECEBEU?	6 RECEBEU PENSÃO ALIMENTÍCIA? 1 Sim 2 Não Vá para 8 REGISTRAR PARA A MÃE (OU SE FOR O CASO, PARA O RESPONSÁVEL LEGAL PELAS CRIANÇAS)	7 QUANTO RECEBEU?	8 RETIROU DINHEIRO DE CADERNETA DE POUPANÇA OU DE QUALQUER OUTRA APLICAÇÃO FINANCEIRA? 1 Sim 2 Não Vá para 10	9 QUANTO RETIROU?	10 RECEBEU ALUGUEL DE COMODOS (pensionistas), IMÓVEIS, MÁQUINAS OU EQUIPAMENTOS? 1 Sim 2 Não Vá para 12	11 QUANTO RECEBEU?	Nº DA PES- SOA
01		01
02		02
03		03
04		04
05		05
06		06
07		07
08		08
09		09
10		10
11		11
12		12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 06 - RENDIMENTOS (exclusive rendimentos do trabalho e benefícios do governo) RECEBIDOS NO MÊS DE REFERÊNCIA

Parte A - Para todos os moradores de 10 anos e mais de idade

Nº DA PESSOA	12 VENDEU IMÓVEIS OU OUTROS BENS DURÁVEIS DE SUA PROPRIEDADE? 1 Sim 2 Não Vá para 14	13 QUANTO RECEBEU?	14 RECEBEU DOAÇÕES EM DINHEIRO, MESADAS OU TEVE CONTAS PAGAS POR OUTRAS PESSOAS NÃO MORADORES DO DOMICÍLIO? 1 Sim 2 Não Vá para 16	15 QUANTO RECEBEU?	16 RECEBEU ALIMENTOS (inclusive cestas básicas), ROUPAS OU OUTRAS MERCADORIAS (exceto quando recebidas do empregador)? 1 Sim 2 Não Vá para 18	17 QUAL O VALOR ESTIMADO?	18 RECEBEU OUTROS RENDIMENTOS: SUPLEMENTAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA, ABONO PERMANÊNCIA, SEGURO DE VIDA, INDENIZAÇÕES TRABALHISTAS, FGTS, PIS/PASEP, GANHO EM JOGOS (loteria, sena, etc.), HERANÇA, BOLSA DE ESTUDOS, ETC.? 1 Sim 2 Não Encerre a parte	19 QUANTO RECEBEU?	Nº DA PESSOA
01		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	01
02		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	02
03		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	03
04		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	04
05		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	05
06		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	06
07		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	07
08		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	08
09		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	09
10		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	10
11		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	11
12		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 07 - GASTOS INDIVIDUAIS DE CADA MORADOR DO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos com transporte público e particular e de comunicações de cada morador do domicílio

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

Nº DA PESSOA	2 REALIZOU GASTOS COM TRANSPORTE PÚBLICO DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS (exceto transporte escolar e gastos com viagens)? [Ônibus urbano, intermunicipal, interestadual, van, kombi, lotação, táxi, metrô, trem, barca, aerobarco, ferry boat] 1 Sim e sabe quanto gastou 2 Sim, mas não sabe quanto gastou <i>Vá para 4</i> 3 Sim, mas não declarou quanto gastou <i>Vá para 4</i> 4 Não <i>Vá para 4</i>	3 QUANTO GASTOU COM TRANSPORTE PÚBLICO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS?	4 REALIZOU GASTOS COM TRANSPORTE PARTICULAR DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS (exceto transporte escolar e gastos com viagens)? [Combustível, manutenção, estacionamento, etc., para carro, moto, bicicleta, cavalo, charrete ou carroça, barco] 1 Sim e sabe quanto gastou 2 Sim, mas não sabe quanto gastou <i>Vá para 6</i> 3 Sim, mas não declarou quanto gastou <i>Vá para 6</i> 4 Não <i>Vá para 6</i>	5 QUANTO GASTOU COM COMBUSTÍVEL, MANUTENÇÃO, ESTACIONAMENTO, ETC., PARA CARRO, MOTO, BARCO PARTICULAR NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?	6 REALIZOU GASTOS COM COMUNICAÇÕES DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS (telefone celular pós-pago, cartão para telefone celular pré-pago, cartão ou fichas para telefone público, correios)? 1 Sim e sabe quanto gastou 2 Sim, mas não sabe quanto gastou <i>Encerre a parte</i> 3 Sim, mas não declarou quanto gastou <i>Encerre a parte</i> 4 Não <i>Encerre a parte</i>	7 QUANTO GASTOU COM COMUNICAÇÕES NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?	Nº DA PESSOA
01		____		____		____	01
02		____		____		____	02
03		____		____		____	03
04		____		____		____	04
05		____		____		____	05
06		____		____		____	06
07		____		____		____	07
08		____		____		____	08
09		____		____		____	09
10		____		____		____	10
11		____		____		____	11
12		____		____		____	12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 07 - GASTOS INDIVIDUAIS DE CADA MORADOR DO DOMICÍLIO

Parte B - Gastos com alimentação fora de casa e outros gastos de cada morador do domicílio nos últimos 7 dias

Nº DA PESSOA	1 CONSUMIU ALIMENTOS OU BEBIDAS (exclusive bebidas alcoólicas) FORA DE CASA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? REFEIÇÕES (almoço e jantar) EM RESTAURANTES, BARES E LANCHONETES (não inclui bebidas alcoólicas); REFRIGERANTES, SUCOS, REFRESCOS, ÁGUA, VITAMINAS, ETC. (fora das refeições); LANCHES, CAFEZINHO, CAFÉ, CAFÉ COM LEITE, LEITE, SANDUÍCHES, PÃO, PÃO COM MANTEIGA TIRA GOSTOS, SALGADOS, SALGADINHOS, ETC; BISCOITOS DOCES E SALGADOS; BALAS, CHICLETES, DOCES, CHOCOLATES, PIPOCA, ETC. 1 Sim e sabe quanto gastou 2 Sim, mas não sabe quanto gastou 3 Sim, mas não declarou quanto gastou 4 Sim, mas não gastou 5 Não	2 QUANTO GASTOU COM ALIMENTOS E BEBIDAS (exclusive bebidas alcoólicas) FORA DE CASA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS?	3 REALIZOU GASTOS COM BEBIDAS ALCOÓLICAS FORA DE CASA, COM CIGARROS OU FUMO, COM JOGOS OU APOSTAS OU OUTROS GASTOS FORA DE CASA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? 1 Sim e sabe quanto gastou 2 Sim, mas não sabe quanto gastou 3 Sim, mas não declarou quanto gastou 4 Não	4 QUANTO GASTOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS?	Nº DA PESSOA
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SEÇÃO 08 - GASTOS COLETIVOS DO DOMICÍLIO

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

| | |

2	CÓDIGO DO ITEM	3	ITEM DE GASTO	4	PERÍODO DE REFERÊNCIA	5	REALIZOU GASTOS COM [ITEM] NO PERÍODO DE REFERÊNCIA INDICADO? 1 Sim 2 Não Vá para 7	6	VALOR GASTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA: (GASTO MONETÁRIO)	7	VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS E SERVIÇOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
0 GASTOS COM A HABITAÇÃO											
0 0 1	ALUGUEL DO IMÓVEL			ÚLTIMO GASTO MENSAL						USAR O CAMPO DO QUESITO 6	
0 0 2	PRESTAÇÃO DO IMÓVEL			ÚLTIMO GASTO MENSAL							
0 0 3	ESTIMATIVA DO VALOR DE ALUGUEL DO DOMICÍLIO DE RESIDÊNCIA			30 DIAS				USAR O CAMPO DO QUESITO 7			
0 0 4	IMPOSTO PREDIAL			12 MESES							
0 0 5	ENERGIA ELÉTRICA			90 DIAS							
0 0 6	ÁGUA E ESGOTO			90 DIAS							
0 0 7	TELEFONE RESIDENCIAL FIXO			90 DIAS							
0 0 8	GÁS DE BUJÃO OU ENCANADO			90 DIAS							
0 0 9	QUEROSENE/LENHA/CARVÃO			90 DIAS							
0 1 0	CONDOMÍNIO			ÚLTIMO GASTO MENSAL							
0 1 1	PROVEDOR DE INTERNET, TV POR ASSINATURA E OUTROS GASTOS COM HABITAÇÃO			90 DIAS							
1 GASTOS COM CONSTRUÇÃO E REPAROS DA HABITAÇÃO											
1 0 1	MATERIAL DE CONSTRUÇÃO			90 DIAS							
1 0 2	MÃO-DE-OBRA (PINTOR, PEDREIRO, MARCENEIRO, ELETRICISTA, ETC.)			90 DIAS							
2 GASTOS COM MOBILIÁRIO											
2 0 1	AQUISIÇÃO DE MÓVEIS INFANTIS			12 MESES							
2 0 2	AQUISIÇÃO DE MÓVEIS EM GERAL			12 MESES							
2 0 3	REDE INFANTIL (ATÉ 14 ANOS)			90 DIAS							
2 0 4	REDE PARA ADULTO			12 MESES							
2 0 5	CONCERTO/MANUTENÇÃO DE MÓVEIS			12 MESES							

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 08 - GASTOS COLETIVOS DO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO ITEM	3 ITEM DE GASTO	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 REALIZOU GASTOS COM [ITEM] NO PERÍODO DE REFERÊNCIA INDICADO? 1 Sim 2 Não <i>Vá para 7</i>	6 VALOR GASTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA: (GASTO MONETÁRIO)	7 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS E SERVIÇOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
3 GASTOS COM UTENSÍLIOS, ELETRODOMÉSTICOS E ARTIGOS DE BANHEIRO, COPA E COZINHA					
3 0 1	AQUISIÇÃO DE UTENSÍLIOS AVULSOS, ELETRODOMÉSTICOS E ARTIGOS DE BANHEIRO, COPA E COZINHA	90 DIAS			
3 0 2	CONCERTO/MANUTENÇÃO DE UTENSÍLIOS AVULSOS, ELETRODOMÉSTICOS E ARTIGOS DE BANHEIRO, COPA E COZINHA	90 DIAS			
4 GASTOS COM ARTIGOS E TECIDOS DO LAR					
4 0 1	AQUISIÇÃO/CONCERTO DE CORTINAS	90 DIAS			
4 0 2	AQUISIÇÃO/CONCERTO DE TRAVESSEIROS	90 DIAS			
4 0 3	AQUISIÇÃO/CONCERTO DE TECIDOS E ROUPAS DE CAMA, MESA E BANHO	90 DIAS			
5 GASTOS COM VESTUÁRIO					
5 0 1	VESTUÁRIO ADULTO MASCULINO	90 DIAS			
5 0 2	VESTUÁRIO ADULTO FEMININO	90 DIAS			
5 0 3	VESTUÁRIO INFANTIL (ATÉ 14 ANOS)	90 DIAS			
5 0 4	CONCERTO DE ROUPAS DE ADULTOS	90 DIAS			
5 0 5	CONCERTO DE ROUPAS DE CRIANÇAS (ATÉ 14 ANOS)	90 DIAS			
5 0 6	CALÇADOS ADULTOS MASCULINOS	90 DIAS			
5 0 7	CALÇADOS ADULTOS FEMININOS	90 DIAS			
5 0 8	CALÇADOS INFANTIS (ATÉ 14 ANOS)	90 DIAS			
5 0 9	CONCERTO DE CALÇADOS DE ADULTOS	90 DIAS			
5 1 0	CONCERTO DE CALÇADOS DE CRIANÇAS (ATÉ 14 ANOS)	90 DIAS			
5 1 1	ACESSÓRIOS PARA ADULTOS	90 DIAS			
5 1 2	ACESSÓRIOS PARA CRIANÇAS (ATÉ 14 ANOS)	90 DIAS			
5 1 3	OUTROS ARTIGOS DE VESTUÁRIO	90 DIAS			

SEÇÃO 08 - GASTOS COLETIVOS DO DOMICÍLIO

2	CÓDIGO DO ITEM	3	ITEM DE GASTO	4	PERÍODO DE REFERÊNCIA	5	REALIZOU GASTOS COM [ITEM] NO PERÍODO DE REFERÊNCIA INDICADO?	6	VALOR GASTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA: (GASTO MONETÁRIO)	7	VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS E SERVIÇOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
						1	Sim				
						2	Não	Vá para 7			
6 GASTOS COM SERVIÇOS DOMÉSTICOS											
6 0 1	SERVIÇOS DOMÉSTICOS			ÚLTIMO GASTO MENSAL							
7 GASTOS COM RECREAÇÃO E CULTURA											
7 0 1	LIVROS (NÃO-DIDÁTICOS), REVISTAS, JORNAIS, ÁLBUNS DE FIGURINHA, PAPELARIA			30 DIAS							
7 0 2	CINEMA, TEATRO, ETC.			30 DIAS							
7 0 3	COMPRA OU ALUGUEL DE VÍDEO, CD, DVD			30 DIAS							
7 0 4	FILMES, REVELAÇÃO E CÓPIAS FOTOGRÁFICAS			30 DIAS							
7 0 5	BOATES, DANCETERIAS, BAILES			30 DIAS							
7 0 6	OUTROS			30 DIAS							
8 GASTOS COM ARTIGOS DE HIGIENE PESSOAL E LIMPEZA DA CASA											
8 0 1	FRALDAS DESCARTÁVEIS INFANTIL			7 DIAS							
8 0 2	ARTIGOS DE HIGIENE PESSOAL			7 DIAS							
8 0 3	ARTIGOS DE LIMPEZA			7 DIAS							
9 GASTOS DIVERSOS											
9 0 1	DESPESAS DIVERSAS: CARTÓRIO, ADVOGADO, DESPACHANTE, IMOBILIÁRIA			90 DIAS							
9 0 2	CONTRIBUIÇÕES TRABALHISTAS			90 DIAS							
9 0 3	CERIMÔNIAS E FESTAS			90 DIAS							
9 0 4	IMPOSTOS (EXCETO IMPOSTO PREDIAL)			12 MESES							
9 0 5	PENSÕES, MESADAS, ENVIO DE DINHEIRO PARA OUTRO DOMICÍLIO E DOAÇÕES			30 DIAS							
9 0 6	COMPRA, TRATAMENTO E ALIMENTAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS			30 DIAS							
9 0 7	GASTOS COM OUTROS DOMICÍLIOS			30 DIAS							
9 0 8	OUTROS GASTOS			30 DIAS							

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

|||

[illegible]

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: (A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTVEU OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não Vá para o item seguinte	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
1 LEGUMES, VERDURAS E TUBÉRCULOS							
1 0 1	TOMATE	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 2	CEBOLA	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 3	ALFACE	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 4	ABÓBORA	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 5	SALSA, CEBOLINHA, COENTRO E/OU CHEIRO VERDE	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 6	PIMENTÃO	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 7	CHUCHU	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 8	BATATA	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 0 9	CENOURA	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 1 0	MANDIOCA	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 1:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 2:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 3:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 4:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 5:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
1 _ _ _	Outro 6:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: <small>(A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)</small>	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTVEU OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não <small>Vá para o item seguinte</small>	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
2 FRUTAS FRESCAS							
2 0 1	BANANA	7 dias					
2 0 2	LARANJA	7 dias					
2 0 3	MELANCIA	7 dias					
2 0 4	MAMÃO	7 dias					
2 0 5	MANGA	7 dias					
2 0 6	TANGERINA/MEXERICA	7 dias					
2 0 7	UVA	7 dias					
2 0 8	ABACAXI	7 dias					
2 0 9	MAÇÃ	7 dias					
2	Outro 2:	7 dias					
2	Outro 3:	7 dias					
2	Outro 4:	7 dias					
2	Outro 5:	7 dias					
2	Outro 6:	7 dias					

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: (A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTVEU OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não Vá para o item seguinte	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
3 LATICÍNIOS E PANIFICADOS							
3 0 1	LEITE DE VACA (PASTEURIZADO E IN NATURA)	7 dias					
3 0 2	LEITE EM PÓ	30 dias					
3 0 3	MANTEIGA	30 dias					
3 0 4	MARGARINA	30 dias					
3 0 5	QUEIJO	7 dias					
3 0 6	IOGURTE	7 dias					
3 0 7	PÃO FRANCÊS	7 dias					
3 0 8	BISCOITOS	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 1:	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 2:	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 3:	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 4:	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 5:	7 dias					
3 <input type="text"/>	Outro 6:	7 dias					

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: (A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTVEU OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não Vá para o item seguinte	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
4 CARNES, AVES, PEIXES E OVOS							
4 0 1	CARNE BOVINA DE PRIMEIRA	7 dias					
4 0 2	CARNE BOVINA DE SEGUNDA	7 dias					
4 0 3	MIÚDOS BOVINOS	7 dias					
4 0 4	PEITO DE FRANGO (ABATIDO OU CONGELADO)	7 dias					
4 0 5	OUTRAS PARTES DO FRANGO	7 dias					
4 0 6	FRANGO VIVO OU FRANGO INTEIRO	7 dias					
4 0 7	CARNE SUÍNA	7 dias					
4 0 8	MIÚDOS DE PORCO	7 dias					
4 0 9	EMBUTIDOS (SALSICHA, LINGÜIÇA, MORTADELA, PRESUNTO)	7 dias					
4 1 0	PEIXE	7 dias					
4 1 1	CARNE DE OUTROS ANIMAIS	7 dias					
4 1 2	MIÚDOS DE OUTROS ANIMAIS	7 dias					
4 1 3	PRODUTOS ENLATADOS PRONTOS PARA O CONSUMO	7 dias					
4 1 4	OVOS	7 dias					
4	Outro 1:	7 dias					
4	Outro 2:	7 dias					
4	Outro 3:	7 dias					
4	Outro 4:	7 dias					
4	Outro 5:	7 dias					

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: (A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTEVE OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não Vá para o item seguinte	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
5 ÓLEOS E GORDURAS							
5 0 1	ÓLEO DE SOJA	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5 0 2	OUTROS ÓLEOS VEGETAIS	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5 0 3	BANHA, TOUCINHO	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5 _ _ _	Outro 1:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5 _ _ _	Outro 2:	7 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 AÇÚCARES, TEMPEROS E CONDIMENTOS							
6 0 1	AÇÚCAR REFINADO	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 2	AÇÚCAR CRISTAL	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 3	CHOCOLATE EM PÓ	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 4	SAL	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 5	ALHO	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 6	MASSA DE TOMATE	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 0 7	MAIONESE	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 _ _ _	Outro 1:	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 _ _ _	Outro 2:	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 _ _ _	Outro 3:	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 _ _ _	Outro 4:	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
6 _ _ _	Outro 5:	30 dias		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 09 - ALIMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS ADQUIRIDOS PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Parte A - Gastos realizados pelo conjunto de moradores do domicílio

2 CÓDIGO DO PRODUTO: (A codificação dos OUTROS produtos será realizada após a coleta)	3 PRODUTO:	4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	5 COMPROU, OBTVEU OU PRODUZIU ESTE PRODUTO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA? 1 Sim 2 Não Vá para o item seguinte	6 QUANTIDADE COMPRADA, OBTIDA OU PRODUZIDA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO:	7 UNIDADE DE MEDIDA: 1 Kg 2 Grama 3 Litro 4 Mililitro 5 Item (unidade)	8 VALOR GASTO COM OS PRODUTOS COMPRADOS: (GASTO MONETÁRIO)	9 VALOR APROXIMADO DOS PRODUTOS OBTIDOS DE OUTRAS FORMAS (produção própria, troca, doação, recebimento em bens, etc.): (GASTO NÃO MONETÁRIO)
7 BEBIDAS NÃO-ALCOÓLICAS							
7 0 1	CAFÉ	30 dias					
7 0 2	REFRIGERANTE	7 dias					
7 0 3	SUCO DE FRUTA	7 dias					
7 [] [] []	Outro 1:	7 dias					
7 [] [] []	Outro 2:	7 dias					
7 [] [] []	Outro 3:	7 dias					
8 BEBIDAS ALCOÓLICAS							
8 0 1	CERVEJA	7 dias					
8 0 2	VINHO	7 dias					
8 0 3	CACHAÇA	7 dias					
8 [] [] []	Outro 1:	7 dias					
8 [] [] []	Outro 2:	7 dias					
8 [] [] []	Outro 3:	7 dias					
9 OUTROS							
9 0 1	DOCES, BALAS, CHICLETE, ETC.	7 dias					
9 0 2	BOMBONS E CHOCOLATE EM BARRA	7 dias					
9 [] [] []	Outro 1:	7 dias					
9 [] [] []	Outro 2:	7 dias					
9 [] [] []	Outro 3:	7 dias					

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 10 – INVENTÁRIO DE BENS DURÁVEIS

PARTE A - Itens presentes no domicílio (de propriedade ou alugados pelos moradores)

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES PARA ESTA SEÇÃO:

2 CÓDIGO DO ITEM:	3 ITEM	4 VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DESTES DOMICÍLIO POSSUI OU ALUGA [item]?	5 QUANTOS [item] POSSUI OU ALUGA NO DOMICÍLIO?	6 HÁ QUANTO TEMPO COMPROU, ALUGOU OU OBTVE O/UM [item] [pela última vez]?	7 QUAL FOI A FORMA DE OBTENÇÃO DO [item]?	8 FEZ ALGUM PAGAMENTO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (Bens comprados a prazo nos últimos 24 meses)?	9 QUANTAS PRESTAÇÕES AINDA FALTAM SER PAGAS?	10 QUAL O VALOR DA PRÓXIMA PRESTAÇÃO OU DO ALUGUEL A SER PAGO?	11 PREÇO DE COMPRA DO BEM (Bens comprados à vista nos últimos 24 meses):
		1 Sim 2 Não Encerre a linha		1 Menos de 1 ano 2 1 a menos de 2 anos 3 2 anos ou mais Encerre a linha	1 Compra à vista Vá para 11 2 Compra a prazo 3 Aluguel Vá para 10 4 Doação Encerre a linha 5 Troca Encerre a linha 6 Recebimento em bens Encerre a linha	1 Sim 2 Não Encerre a linha	(Se 0 prestações Encerre a linha)	(Encerre a linha)	
01	FOGÃO A GÁS OU ELÉTRICO		____				____	____	____
02	FREEZER		____				____	____	____
03	GELADEIRA		____				____	____	____
04	MICRO-ONDAS		____				____	____	____
05	BATEDEIRA		____				____	____	____
06	LIQUIDIFICADOR		____				____	____	____
07	TORRADEIRA ELÉTRICA		____				____	____	____
08	ENCERADEIRA		____				____	____	____
09	FERRO ELÉTRICO		____				____	____	____
10	MÁQUINA DE LAVAR ROUPA		____				____	____	____
11	TANQUINHO		____				____	____	____
12	TELEVISÃO EM CORES		____				____	____	____
13	TELEVISÃO EM PRETO E BRANCO		____				____	____	____
14	GRAVADOR E TOCA-FITA		____				____	____	____
15	RÁDIO DE MESA		____				____	____	____
16	RÁDIO PORTÁTIL		____				____	____	____

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 10 – INVENTÁRIO DE BENS DURÁVEIS

PARTE B - Animais e implementos agrícolas

(Animais e implementos agrícolas de propriedade dos moradores do domicílio, ainda que não estejam na área do domicílio)

1 CÓDIGO DO ITEM:	ITEM	2 VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DESTE DOMICÍLIO POSSUI [item]?	3 QUANTOS [item] POSSUI?
		1 Sim 2 Não Encerre a linha	
01	BOI		_____
02	VACA		_____
03	BEZERRO(A) / NOVILHO(A)		_____
04	EQÜINOS (CAVALO, ÉGUA) E MUARES, (BURRO, MULA)		_____
05	CAPRINOS (CABRA / BODE) E OVINOS (OVELHA, CARNEIRO)		_____
06	SUÍNOS (PORCA, PORCO, LEITOA, LEITÃO)		_____
07	GALINHAS, GALOS E PINTOS		_____
08	OUTRAS AVES		_____
09	CARROÇA		_____
10	MOTO-SERRA		_____
11	PLANTADEIRA (SEMEADEIRA) MANUAL		_____
12	PLANTADEIRA (ACESSÓRIO PARA TRATOR)		_____
13	ARADO MANUAL		_____
14	ARADO (ACESSÓRIO PARA TRATOR)		_____
15	OUTRO MAQUINÁRIO AGRÍCOLA		_____

PARTE C – Propriedades em posse *de jure* (legalizada) ou *de facto* (não legalizada) [refere-se a propriedade(s) diferente(s) daquela em que os moradores residem]

1 CÓDIGO DO ITEM:	ITEM	2 VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DESTE DOMICÍLIO POSSUI [item]?	3 HÁ QUANTO TEMPO ADQUIRIU O [item]?	4 COMO ADQUIRIU O [ITEM]?	5 TEM ESCRITURA OU OUTRO DOCUMENTO DE POSSE?
	SE EXISTIR MAIS DE 1 DO MESMO TIPO, INFORMAR OS DADOS DA ÚLTIMA AQUISIÇÃO	1 Sim 2 Não Encerre a linha	1 Menos de 1 ano 2 1 a 2 anos 3 2 anos ou mais	1 Compra 2 Herança 3 Reforma agrária 4 Ocupação 5 Doação 6 Outro	1 Sim 2 Não
01	OUTRA MORADIA				
02	CHÁCARA/SÍTIO/TERRENO/LOTE				
03	OUTRO				

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 11 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

Parte A

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES:

2 GOSTARIA DE PERGUNTAR A VOCÊ SOBRE GRUPOS, ORGANIZAÇÕES, REDES, ASSOCIAÇÕES A QUE O **RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO** PARTICIPA. ESTES GRUPOS PODEM SER FORMALMENTE ORGANIZADOS OU APENAS GRUPOS DE PESSOAS QUE SE REÚNEM REGULARMENTE PELO MENOS DUAS VEZES POR ANO.

Sim Não

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 01 Cooperativa ou grupo de produção |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 02 Associação de comerciantes ou de negócios |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 03 Sindicato |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 04 Associação/comitê de bairro ou comunidade |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 05 Grupo religioso/espiritual |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 06 Grupo ou movimento político |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 07 Grupo ou associação cultural |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 08 Grupo educacional (associação de pais, etc.) |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 09 ONG ou grupo cívico (Rotary, Cruz Vermelha, etc)
Conselhos ou Comitês Setoriais (Assistência Social,
Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, etc) |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 10 Outros grupos |

3 A MÃE DO **RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO** SABE/SABIA LER E ESCREVER?

☐ 1 Sim
2 Não

4 QUAL É O SEU NÍVEL DE CONFIANÇA NA PREFEITURA?

☐ 1 Confia totalmente
2 Confia muito
3 Nem muito nem pouco
4 Confia pouco
5 Não confia

5 QUAL É O SEU NÍVEL DE CONFIANÇA NOS CONSELHOS/COMITÊS DE CONTROLE SOCIAL?

☐ 1 Confia totalmente
2 Confia muito
3 Nem muito nem pouco
4 Confia pouco
5 Não confia
9 Não sabe o que é/não conhece

6 QUAL É O SEU NÍVEL DE CONFIANÇA NO GOVERNO ESTADUAL?

☐ 1 Confia totalmente
2 Confia muito
3 Nem muito nem pouco
4 Confia pouco
5 Não confia

7 QUAL É O SEU NÍVEL DE CONFIANÇA NO GOVERNO FEDERAL?

☐ 1 Confia totalmente
2 Confia muito
3 Nem muito nem pouco
4 Confia pouco
5 Não confia

8 NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE COMUNITÁRIA EM QUE AS PESSOAS SE REÚNEM PARA REALIZAR ALGUM TRABALHO EM BENEFÍCIO DA COMUNIDADE?

☐ 1 Sim
2 Não Vá para o quesito 10

9 E NO ÚLTIMO MÊS, PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE COMUNITÁRIA?

☐ 1 Sim
2 Não

10 VOCÊ PARTICIPOU DO "REFERENDO SOBRE O DESARMAMENTO" DE 23 DE OUTUBRO DE 2005?

☐ 1 Sim
2 Não

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 11 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

Parte A

11 COMO AVALIA A SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SEU DOMICÍLIO QUANDO COMPARADA COM A SITUAÇÃO DE 12 MESES ATRÁS?

- ☐ 1 Muito melhor
2 Melhor
3 A mesma
4 Pior
5 Muito pior

12 NESTE DOMICÍLIO, VOCÊS USAM CRÉDITO / CADERNETA / FIADO / PRESTAÇÃO PARA COMPRAR ALIMENTOS?

- ☐ 1 Sim
2 Não

13 NESTE DOMICÍLIO, VOCÊS USAM CRÉDITO / CADERNETA / FIADO / PRESTAÇÃO PARA COMPRAR REMÉDIOS?

- ☐ 1 Sim
2 Não

14 NESTE DOMICÍLIO, VOCÊS USAM CRÉDITO / CADERNETA / FIADO / PRESTAÇÃO PARA COMPRAR ROUPA?

- ☐ 1 Sim
2 Não

Nos quesitos 15 e 16, considere como refeição o café da manhã ou lanche da tarde ou da noite que apresente uma das seguintes composições: (a) bebida não-alcoólica acompanhada por fruta, pão, biscoito, bolo ou raiz/tubérculo. **OU** (b) fruta acompanhada por pão, biscoito, bolo, leite ou raiz/tubérculo **OU** (c) sopa, mingau, caldo, etc.

15 COM QUE FREQUÊNCIA NA SEMANA AS PESSOAS COM ATÉ 10 ANOS DE IDADE, MORADORAS NESTE DOMICÍLIO, FAZEM 3 OU MAIS REFEIÇÕES POR DIA?

ATENÇÃO: para moradores com até 10 anos de idade

- ☐ 1 7 dias
2 5 ou 6 dias
3 3 ou 4 dias
4 2 dias ou menos

16 COM QUE FREQUÊNCIA NA SEMANA AS PESSOAS COM MAIS DE 10 ANOS, MORADORAS NESTE DOMICÍLIO, FAZEM 3 OU MAIS REFEIÇÕES POR DIA?

ATENÇÃO: para moradores com mais de 10 anos de idade

- ☐ 1 7 dias
2 5 ou 6 dias
3 3 ou 4 dias
4 2 dias ou menos

ATENÇÃO: OS QUESITOS 17 E 18 SÓ DEVEM SER RESPONDIDOS SE A PESSOA QUE ESTÁ PRESTANDO AS INFORMAÇÕES FOR ANALFABETA DE 15 ANOS OU MAIS OU SE FOR ALUNA DE CURSO DE ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS ADULTOS (AJA)

17 O QUE É MAIS IMPORTANTE PARA VOCÊ?

- ☐ 1 Saber ler
2 Saber escrever
3 Saber ler e escrever

18 SE VOCÊ QUIZESSE SE ALFABETIZAR QUAL SERIA O MOTIVO PRINCIPAL? (ASSINALE SOMENTE UMA RESPOSTA)

- ☐ PORQUE É IMPORTANTE PARA ...
01 A minha religião
02 O trabalho
03 A renda
04 A educação
05 O status social/pessoal
06 Progredir na vida
07 A família
08 Auto-realização
09 Obter prestígio/respeito
10 A autonomia
11 A segurança
12 A competência
PORQUE ...
13 É uma obrigação/dever de todo cidadão
14 É um direito
15 Dá prazer
20 Não quero me alfabetizar

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 11 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

PARTE B - Para a mulher companheira ou cônjuge do responsável pelo domicílio ou mulher responsável pelo domicílio que tem companheiro ou cônjuge residindo no domicílio.

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES:

VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE COMO SUA FAMÍLIA TOMA CERTAS DECISÕES: NESTE DOMICÍLIO, EM GERAL, QUEM TOMA AS DECISÕES SOBRE ... (Marque todas as opções que se aplicarem)	ENTRE- VISTA- DO/A	CÔN- JUGE/ COMPA- NHEIRO	AMBOS	OUTRO	NÃO SABE	NÃO TEM FILHOS
1 OS GASTOS COM A COMIDA QUE SE COME NESTE DOMICÍLIO?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
2 OS GASTOS COM AS ROUPAS PARA VOCÊ?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
3 OS GASTOS COM AS ROUPAS PARA SEU CÔNJUGE OU COMPANHEIRO/A?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
4 OS GASTOS COM AS ROUPAS DE SEU(S) FILHO(S)?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 06
5 QUANDO O(S) SEU(S) FILHO(S) DEVE(M) PARAR DE ESTUDAR?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 06
6 OS GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE E REMÉDIOS DE SEU(S) FILHO(S)?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 06
7 OS GASTOS COM COMPRA DE BENS DURÁVEIS (fogão, geladeira, TV, automóvel, etc.) PARA O DOMICÍLIO?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
8 SE VOCÊ DEVE TRABALHAR OU NÃO?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
9 SE O SEU CÔNJUGE OU COMPANHEIRO/A DEVE TRABALHAR OU NÃO?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	
10 SOBRE USAR OU NÃO USAR MÉTODO PARA EVITAR FILHO?	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 11 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

PARTE C: Alocação do tempo

ATENÇÃO: PARA MULHER QUE SEJA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO OU QUE SEJA MULHER DO RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO			1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES: 		
1 NÚMERO DE ORDEM DA MULHER QUE PRESTOU AS INFORMAÇÕES: 			2 NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA SELECIONADA: 		
Mulher	na [dia da semana]	no último domingo	Criança Selecionada	na [dia da semana]	no último domingo
Quantas horas gastou com [ATIVIDADE]?	horas	horas	Quantas horas o/a [NOME] gastou com [ATIVIDADE]?	horas	horas
2. Cuidados com casa e família			3. Na escola		
3. Cuidar de crianças			4. Estudo fora da escola		
4. Estudo (na e fora da escola)			5. Atividades domésticas		
5. Deslocamentos fora de casa, em geral			6. Cuidado de outras pessoas no domicílio (irmãos menores, doentes, idosos)		
6. Diversão, lazer, descanso/sesta			7. Diversão, lazer, descanso/sesta		
7. Atividade com rendimento em casa			8. Atividade com rendimento em casa		
8. Atividade com rendimento fora de casa			9. Atividade com rendimento fora de casa		
9. Dormir			10. Dormir		

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 12 - BENEFÍCIOS

PARTE A - Bolsa Família

1 VOCÊ OU ALGUM OUTRO MORADOR DESTA DOMICÍLIO JÁ SE INSCREVEU OU FOI CADASTRADO PARA RECEBER BENEFÍCIO DE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL?

- ☐ 1 Sim
☐ 2 Não *Vá para a Parte B*

2 EM QUE MÊS E ANO VOCÊ OU SUA FAMÍLIA SE INSCREVEU OU FOI CADASTRADO PARA RECEBER BENEFÍCIO DE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL?

____/____/____ PREENCHER 88/8888 PARA NÃO SABE

3 ESTA INSCRIÇÃO/CADASTRAMENTO FOI PARA RECEBER O BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

- ☐ 1 Sim
☐ 2 Não *Vá para a Parte B*

4 COMO, OU POR MEIO DE QUEM, O SR/SRA TEVE CONHECIMENTO DO PROGRAMA DO BOLSA FAMÍLIA?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Prefeitura | <input type="checkbox"/> 5 Televisão/Rádio/Jornal |
| <input type="checkbox"/> 2 Parentes | <input type="checkbox"/> 6 Escola/Creche |
| <input type="checkbox"/> 3 Vizinhos | <input type="checkbox"/> 7 Posto de saúde |
| <input type="checkbox"/> 4 Amigos | <input type="checkbox"/> 8 Outro |

5 ONDE FOI PREENCHIDO E QUEM PREENCHEU O FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO?

- ☐ 1 Funcionário/técnico da prefeitura em algum órgão municipal, escola, posto de saúde
2 Funcionário/técnico da prefeitura no domicílio da família
3 Alguém da própria família em algum órgão municipal, escola, posto de saúde
4 Alguém da própria família no domicílio da família
5 Outra pessoa que não era da família nem funcionário/técnico da prefeitura (parente em outro domicílio, amigo, vizinho, líder comunitário)
6 Outra situação

6 TEVE QUE MOSTRAR ALGUM DOCUMENTO PARA SE CADASTRAR?

(Admite múltiplas respostas)

- 1 ☐ Não
2 ☐ Título de eleitor
3 ☐ CPF
4 ☐ Carteira de identidade
5 ☐ Carteira de trabalho
6 ☐ Comprovante de residência
7 ☐ Outro documento

7 VOCÊ, OU ALGUM OUTRO MORADOR DESTA DOMICÍLIO, RECEBE OU JÁ RECEBEU O BENEFÍCIO BOLSA FAMÍLIA?

- ☐ 1 Sim
☐ 2 Não *Vá para a Parte B*

8 QUANTO TEMPO LEVOU ENTRE O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO E A ENTREGA DO CARTÃO PARA SAQUE/RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA?

____ meses

9 ONDE PEGOU OU QUEM LHE ENTREGOU O CARTÃO PARA SAQUE/RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA?

- ☐ 1 Prefeitura
2 Agência da Caixa Econômica Federal (CEF)
3 Casa lotérica/Correspondente bancário
4 Parente, amigo, vizinho
5 Outro. Qual? _____

10 ONDE RECEBE OU RECEBIA O BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA?

- ☐ 1 Agência da Caixa Econômica Federal (CEF)
2 Casa lotérica/Correspondente bancário
3 Através de parente, amigo, vizinho
4 Outro. Qual? _____

11 O SR/SRA JÁ TEVE ALGUM DIFICULDADE/PROBLEMA PARA RECEBER O BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA?

- ☐ 1 Sim
☐ 2 Não

12 A QUEM O SR / A SRA RECORREU OU RECORRERIA EM CASO DE DIFICULDADE/ PROBLEMA PARA RECEBER O BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Prefeitura | <input type="checkbox"/> 5 Líder comunitário |
| <input type="checkbox"/> 2 Atendimento 0800 | <input type="checkbox"/> 6 Político |
| <input type="checkbox"/> 3 Agência da Caixa (CEF) | <input type="checkbox"/> 7 Parente, amigo, vizinho |
| <input type="checkbox"/> 4 Ministério Público | <input type="checkbox"/> 8 Outro. Qual? _____ |

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 12 - BENEFÍCIOS

PARTE B - Para cada morador do domicílio - Informar os benefícios que recebe ou já recebeu

1 ALGUM MORADOR DESTA DOMICÍLIO RECEBE OU RECEBEU ALGUM DOS SEGUINTE BENEFÍCIOS [LISTA DE BENEFÍCIOS]?

☐

1 Sim

2 Não

Encerre a entrevista

BF - Bolsa família

BA - Bolsa alimentação

CA - Cartão alimentação

BE - Bolsa escola

VG - Vale gás

BPC idoso - Benefício de prestação continuada para idoso

BPC PPD - Benefício de prestação continuada para pessoa portadora de deficiência (física ou mental)

RMV - Renda mensal vitalícia

PETI - Programa de erradicação do trabalho infantil

Agente jovem

Benefício recebido de igreja

Benefício recebido de ONG (Organização Não Governamental)

Benefício recebido de sindicato

Bolsa escola municipal

Outro benefício

MARCAR COM X O BENEFÍCIO QUE CADA MORADOR RECEBE

	BF	BA	CA	BE	VG	BPC idoso	BPC PPD	RMV	PETI	Agente jovem	Igreja	ONG	Sindicato	Bolsa Escola Municipal	OUTRO (Especificar)	
01	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	01
02	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	02
03	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	03
04	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	04
05	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	05
06	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	06
07	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	07
08	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	08
09	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	09
10	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	10
11	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	11
12	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	12

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 12 - BENEFÍCIOS - QUESTIONÁRIO POR BENEFÍCIO E MORADOR

PARTE C - Informação de cada morador do domicílio e cada benefício recebido

____ SETOR

____ ESTRATO DE SELEÇÃO E NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA:

2 ESTA PESSOA TEM NIS?

1 Sim

2 Não

Vá para o quesito 4

3 NIS DA PESSOA:

____ - ____

4 BENEFÍCIO:

01 BF - Bolsa família

02 BA - Bolsa alimentação

03 CA - Cartão alimentação

04 BE - Bolsa escola

05 VG - Vale gás

06 BPC idoso - Benefício de prestação continuada para idosos

07 BPC PPD - Benefício de prestação continuada para pessoa portadora de deficiência (física ou mental)

08 RMV - Renda mensal vitalícia

09 PETI - Programa de erradicação do trabalho infantil

10 Agente jovem

11 Benefício recebido de igreja

12 Benefício recebido de ONG (Organização Não Governamental)

13 Benefício recebido de sindicato

14 Bolsa Escola Municipal

15 Outro benefício _____

5 EM QUE MÊS E ANO COMEÇOU A RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

____ / ____

6 AINDA RECEBE ESTE BENEFÍCIO?

1 Sim

2 Não

Vá para o quesito 10

7 EM QUE MÊS E ANO PAROU DE RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

____ / ____

8 QUAL O VALOR DO ÚLTIMO BENEFÍCIO RECEBIDO?

____, ____

9 POR QUE PAROU DE RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

1 Não cumpriu condicionalidades (agenda de saúde e frequência escolar)

2 Aumento da renda familiar (per capita)

3 Crianças/adolescentes completaram a idade limite

4 Prefeitura cancelou o benefício

5 Recebia mais de um benefício

6 Não precisava mais do benefício

7 Não sabe o motivo

ENCERRE A PARTE

10 QUAL O VALOR DOS 12 ÚLTIMOS RECEBIMENTOS?

____, ____

outubro 2005

____, ____

setembro 2005

____, ____

agosto 2005

____, ____

julho 2005

____, ____

junho 2005

____, ____

maio 2005

____, ____

abril 2005

____, ____

março 2005

____, ____

fevereiro 2005

____, ____

janeiro 2005

____, ____

dezembro 2004

____, ____

novembro 2004

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

SEÇÃO 12 - BENEFÍCIOS - QUESTIONÁRIO POR BENEFÍCIO E MORADOR

PARTE C - Informação de cada morador do domicílio e cada benefício recebido

____ SETOR

____ ESTRATO DE SELEÇÃO E NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

1 NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA:

2 ESTA PESSOA TEM NIS?

1 Sim

2 Não

Vá para o quesito 4

3 NIS DA PESSOA:

____ - ____

4 BENEFÍCIO:

01 BF - Bolsa família

02 BA - Bolsa alimentação

03 CA - Cartão alimentação

04 BE - Bolsa escola

05 VG - Vale gás

06 BPC idoso - Benefício de prestação continuada para idosos

07 BPC PPD - Benefício de prestação continuada para pessoa portadora de deficiência (física ou mental)

08 RMV - Renda mensal vitalícia

09 PETI - Programa de erradicação do trabalho infantil

10 Agente jovem

11 Benefício recebido de igreja

12 Benefício recebido de ONG (Organização Não Governamental)

13 Benefício recebido de sindicato

14 Bolsa Escola Municipal

15 Outro benefício _____

5 EM QUE MÊS E ANO COMEÇOU A RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

____ / ____

6 AINDA RECEBE ESTE BENEFÍCIO?

1 Sim

2 Não

Vá para o quesito 10

7 EM QUE MÊS E ANO PAROU DE RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

____ / ____

8 QUAL O VALOR DO ÚLTIMO BENEFÍCIO RECEBIDO?

____, ____

9 POR QUE PAROU DE RECEBER ESTE BENEFÍCIO?

1 Não cumpriu condicionalidades (agenda de saúde e frequência escolar)

2 Aumento da renda familiar (per capita)

3 Crianças/adolescentes completaram a idade limite

4 Prefeitura cancelou o benefício

5 Recebia mais de um benefício

6 Não precisava mais do benefício

7 Não sabe o motivo

ENCERRE A PARTE

10 QUAL O VALOR DOS 12 ÚLTIMOS RECEBIMENTOS?

____, ____

outubro 2005

____, ____

setembro 2005

____, ____

agosto 2005

____, ____

julho 2005

____, ____

junho 2005

____, ____

maio 2005

____, ____

abril 2005

____, ____

março 2005

____, ____

fevereiro 2005

____, ____

janeiro 2005

____, ____

dezembro 2004

____, ____

novembro 2004

Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família

Instruções de montagem:

Colar nesta página a folha
de relação dos moradores
de forma que seu quadro
fique à esquerda da margem
do papel do questionário