

**PASP -RECOLHA DE DADOS DE POTENCIAIS BENEFICIÁRIOS DO PASP**



**República de Moçambique  
Ministério do Trabalho, Género e Acção Social**

**SECÇÃO 1 - IDENTIFICAÇÃO 1 - VERIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**

Para preencher antes do início da entrevista

Data:  /  /  (automatizado)  
 Hora do início da entrevista:  h  (automatizado)  
 Hora do fim da entrevista:  h  (automatizado)

Detalhes da equipa do campo

ID do inquiridor  Seleccione nome  
 ID do Supervisor  Seleccione nome

**CÓDIGOS UNIVERSAIS**

- 0. Nunca /nenhuma /Não
- 6. Não aplicável
- 7. Prefere não divulgar
- 8. Não sabe
- 9. Outra, especifique:

1.07 Insira o ID do AF

1.07a Re-insira o ID do AF

SE O ID INSERIDO NÃO CORRESPONDE A NENHUM AF, VERIFIQUE A LISTA NOVAMENTE.

1.08  Nome do potencial beneficiário A informação pré-carregada está correcta?  1. Sim

Nome do povoado ou bairro  
 Nome da localidade  
 Nome do posto administrativo  
 Nome do distrito

0. Não >> SE NÃO, RETORNE E INSIRA O ID CORRECTO DO BENEFICIÁRIO.

1.09 Conseguiu encontrar [NOME]?  1. Sim  0. Não >> Porquê não conseguiu encontrar [NOME]?

- 1. Ninguém reconhece como pertencente a esta comunidade
- 2. Não compareceu ao local da entrevista
- 3. Beneficiário faleceu >> LOCALIZE UM MEMBRO DO AF DO BENEFICIÁRIO QUE PODERÁ SERVIR DE SUBSTITUTO
- 9. Outra, especifique:

POR FAVOR, VERIFIQUE AS INFORMAÇÕES COM O PERMANENTE DESTA COMUNIDADE

Bom dia/boa tarde! Meu nome é [INQUIRIDOR] e gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu agregado familiar no âmbito do Programa de Acção Social Produtiva implementado pelo Ministério do Trabalho, Género e Acção Social (MTGAS) através do Instituto Nacional de Acção Social (INAS). O presente inquérito irá recolher informações sobre, (i) a composição e o perfil do seu agregado familiar, incluindo a fontes de renda que possam ter; (ii) tipo e condições de habitação e posse de bens; (iii) segurança alimentar e o tipo de alimentos consumidos no seu agregado familiar; (iv) e por fim iremos recolher os dados do beneficiário principal e o beneficiário substituto. Os resultados irão informar sobre as condições actuais e o perfil socioeconómico dos agregados familiares dos potenciais beneficiários do PASP. A entrevista terá uma duração aproximada de 25 minutos.

1.10 O [NOME] está escrito correctamente?  1. Sim  0. Não 1.10a >> Qual é o nome correcto do potencial beneficiário?  Nome do correcto

1.11 Antes de começar, tem alguma dúvida. Podemos prosseguir com a entrevista?  1. Sim  0. Não >> INÍCIO DA ENTREVISTA  
 Esclareça as dúvidas que possam existir e volte a solicitar o consentimento. Caso continue a se recusar de participar, pergunte a razão de não querer participar  
 Por que não deseja participar?  Razão de não querer participar

1.12 Registe as coordenadas geográficas do local da entrevista Latitude  Longitude

1.13 Zona rural  1. Sim  0. Não 1.14 Zona urbana  1. Sim  0. Não 1.15 Quarteirão  1.16 Unidade/célula

1.17 Rua/Avenida  1.18 Ponto de referência  1.19 Número da casa

1.20 Andar  1.21 Flat  1.22 Código postal  1.23 Caixa postal  1.24 Telefone fixo

1.25 Telefone móvel  1.26 Deseja receber notificações via mensagens de texto neste número?  1. Sim  0. Não

**SECÇÃO 2 - VERIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DO AGREGADO FAMILIAR - 1**

2.00 Quantos agregados familiares moram nesta casa?

Agora vamos perguntar sobre os membros do agregado familiar e sobre algumas actividades económicas por eles desenvolvidas.

- Queremos saber sobre TODOS os membros da família que estão sob a responsabilidade do Chefe do agregado familiar.
- Se o Chefe tem vários cônjuges, eles (e quaisquer filhos) devem ser abrangidos pela expressão 'agregado familiar'.
- Considere membros que agora estão fora de casa por motivos de migração sazonal também como membros do AF.
- Se tem um membro que vive permanentemente fora e somente volta a casa para férias, esta pessoa NÃO faz parte do AF.

2.01 Quantas pessoas normalmente vivem   neste 'agregado familiar'? Se mais que 20 -- somente pedimos sobre 20 membros. Assim, inclua membros seniores e quaisquer membros que realizam actividades económicas do AF.

MEMBRO DO AF	2.02	2.03	2.04	2.05	2.06	2.07	2.08	2.09
	Por favor, liste os nomes de todos os NOVOS MEMBROS do AF	Por favor, liste os nomes de todos os NOVOS MEMBROS do AF	Tipo e número documento de identificação do [NOME]?  <i>1. BI 2. Cartão de eleitor 3. Passaporte 4. Carta de condução 5. Cédula pessoal 6. Certidão de Nascimento / Boletim de Nascimento 0. Não tem documento</i>	Validade do documento de identificação do [NOME]?  PREENCHA '0' SE NÃO TEM VALIDADE	Data de nascimento do [NOME]?  DAR A MELHOR ESTIMATIVA SE NÃO SABE CHEFE >= 7 ANOS	Sexo do [NOME]?  <i>1. Masculino 2. Feminino</i>	Estado civil actual do [NOME]  <i>1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. União marital / de facto 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Viúvo(a) -9. Outro, esp</i>	Se 2.06 >=6 anos  Qual é o nível de escolaridade máximo concluído pelo [NOME]?  VEJA ESCOLARIDADE
	PRIMEIRO(S) NOME(S)	APELIDO		ANO   MÊS   DIA yyyy   mm   dd	ANO   MÊS   DIA yyyy   mm   dd			
1								
2								
:								
n								

**ESCOLARIDADE**

- |   |  |
|---|--|
| <p><i>1. Não sabe ler ou escrever</i></p> <p><i>2. Alfabetizado</i></p> <p><i>3. Ensino Primário do 1º grau</i></p> <p><i>4. Ensino Primário do 2º grau</i></p> <p><i>5. Ensino Secundário Geral do 1º ciclo</i></p> <p><i>6. Ensino Secundário Geral do 2º ciclo</i></p> <p><i>7. Ensino técnico elementar</i></p> | <p><i>8. Ensino técnico básico</i></p> <p><i>9. Ensino técnico médio</i></p> <p><i>10. Curso de formação de Prof. Primários</i></p> <p><i>11. Superior - Bacharelato</i></p> <p><i>12. Superior - Licenciatura</i></p> <p><i>13. Superior - Mestrado</i></p> <p><i>14. Superior - Doutoramento</i></p> |
|---|--|

SECÇÃO 2 - VERIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DO AGREGADO FAMILIAR - 2

MEMBRO DO AF	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14
	Se 15<2.06<49 & 2.07 =2	Se 2.06 >= 12 anos		Se 2.06 >=18 anos	Se 2.13 > 0
	[NOME] possui gravidez no momento da realização do recadastramento ? 1. Sim 0. Não	Nos últimos 12 meses, o [NOME] recebeu algum tipo de remuneração em dinheiro ou espécie principalmente de: 1. Trabalho em sector público 2. Trabalho em sector privado 3. Trabalho agrícola por conta própria 4. Trabalho não agrícola por conta própria/negócio 0. Nenhuma remuneração	Nos últimos 12 meses, quanto recebeu o [NOME] pelo trabalho realizado em [2.11]?  METICAIS	[NOME] recebe alguma das seguintes pensões ou pensões por aposentações?  VEJA PENSÕES	[NOME] quanto é que recebe por mês de [2.22]?
1					
2					
⋮					
n					

**PENSÕES**

- |  |   |
|--|---|
| 0. Não recebe pensões  | 3. Uma ou mais pensões da previdência social para deputados                       |
| 1. Uma ou mais pensões da previdência social para funcionários do aparelho do estado | 4. Uma ou mais pensões da segurança social para assalariados ou por conta própria |
| 2. Uma ou mais pensões da previdência social nas forças armadas                      | -8. Não sabe  |

2.15 Qual é o tamanho total da área agrícola em hectares que o seu agregado familiar possui?    hectares

2.16 Qual é o tamanho total da área agrícola em hectares que cultivou na presente época de 2024/25?    hectares

2.17 Contratou mão-de-obra NÃO familiar para trabalhar nas suas machambas na última campanha agrícola 2023/2024?  1. Sim  0. Não

### SECÇÃO 3 - VERIFICAÇÃO DE CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE ADICIONAIS PARA PROGRAMAS SOCIAIS

Nesta secção vamos recolher informação sobre a situação de orfanidade de menores de 18 anos no seu agregado familiar, bem como sobre a situação de condições físicas e de saúde de todos os membros do agregado familiar

	3.01	3.02	3.03	3.04	3.05	3.06	3.07
	Se 2.07 <=18 anos	Se 2.07 >=6 anos & 2.07 <=22 anos	3.02 = 1	Selecione todas as situações clínicas descritas abaixo que afectam o [NOME]?  <i>VEJA SITUAÇÕES CLÍNICAS</i>	3.04>8	Se 3.04 >1 & 3.04<10	[NOME] precisa de alguns dos seguintes meios de compensação?  <i>VEJA MEIOS DE COMPENSAÇÃO</i>
<b>MEMBRO DO AF</b>	Indique a situação de orfanidade do [NOME]  1. Órfão de pai 2. Órfão de mãe 3. Órfão de pai e mãe 4. Não é órfão -8. Não sabe	[NOME] actualmente frequenta a escola?  1. Sim 2. Não	[NOME] apresentou o talão de matrícula escolar?  1. Sim 0. Não		[NOME] apresentou certificação clínica para [SITUAÇÃO CLÍNICA]?  1. Sim 0. Não tem certificação	Qual é a causa da [SITUAÇÃO CLÍNICA] do [NOME]?  1. Causas pré-natais 2. Adquirida por doença 3. Guerras, minas antipessoais, e engenhos explosivos 4. Acidente rodoviário -9. Outro, esp.	
1							
2							
⋮							
20							

#### SITUAÇÕES CLÍNICAS

0. Não tem situações clínicas

1. Amputação ou atrofia de ambos membros superiores
2. Amputação ou atrofia de ambos membros inferiores
3. Paralisia da cintura para baixo (Paraplegia)
4. Paralisia do pescoço para baixo (Tetraplegia)
5. Paralisia na metade do corpo (Hemiplegia)
6. Paciente permanentemente acamado
7. Cegueira bilateral
8. Surdez bilateral e ou mudez

9. Paciente com alguma outra doença crónica degenerativa, deficiência mental, ou outra deficiência física que afecta permanentemente a sua capacidade para trabalhar, e que não pode ser verificada durante esta visita.

10. Paciente com qualquer condição clínica que afecta temporariamente a sua capacidade para trabalhar
11. Criança menor de 2 anos que precisa de substituto de leite materno
12. Criança com idade maior ou igual a 2 anos e menor de 5 anos em recuperação de uma condição de desnutrição aguda grave
13. Mulher grávida em risco, ou em condição de desnutrição aguda grave
14. Paciente em tratamento anti-retroviral em condição de desnutrição aguda grave
15. Doença ou morte de mãe de criança menor de 2 anos

#### MEIOS DE COMPENSAÇÃO

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. Óculos         | 6. Canadianas        |
| 2. Bengala branca | 7. Cadeira de rodas  |
| 3. Próteses       | 8. Triciclo manual   |
| 4. Otóteses       | 9. Botas ortopédicas |
| 5. Muletas        | 0. Não/nenhum        |

## SECÇÃO 4 - VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO E POSSE DE BENS MATERIAIS

Agora vamos procurar saber das condições de habitação da residência principal do seu agregado familiar, bem como a posse de bens materiais. Note que se o AGREGADO FAMILIAR possui mais de uma casa no terreno, deve reportar sobre a casa que possui melhor qualidade de construção.

### HABITAÇÃO

4.01 Quantas divisões tem a casa?

4.02 Qual é a principal fonte de água para beber?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Água canalizada dentro de casa         | <input type="checkbox"/> 4. Água do poço ou furo com bomba manual | <input type="checkbox"/> 7. Água da chuva            |
| <input type="checkbox"/> 2. Água canalizada fora de casa (quintal) | <input type="checkbox"/> 5. Água do poço sem bomba                | <input type="checkbox"/> 8. Água mineral/engarrafada |
| <input type="checkbox"/> 3. Água da fontenária                     | <input type="checkbox"/> 6. Água do rio/lago/lagoa                | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp.             |

4.03 Qual é o material **que cobre a maior área** das paredes da casa?

OBSERVE AS CARACTERÍSTICAS DA CASA

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Blocos de cimento | <input type="checkbox"/> 4. Bloco de adobe               | <input type="checkbox"/> 7. Lata/cartão/papel/saco/casca |
| <input type="checkbox"/> 2. Blocos de tijolo  | <input type="checkbox"/> 5. Caniço/paus/bambu/palmeira   | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp.                 |
| <input type="checkbox"/> 3. Madeira/zinco     | <input type="checkbox"/> 6. Paus maticados (pau a pique) |  |

4.04 Qual é o material **que cobre a maior área** da cobertura da casa?

OBSERVE AS CARACTERÍSTICAS DA CASA

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Laje de betão | <input type="checkbox"/> 3. Chapa de lusalite | <input type="checkbox"/> 5. Capim/colmo/palmeira |
| <input type="checkbox"/> 2. Telha         | <input type="checkbox"/> 4. Chapas de zinco   | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp.         |

4.05 Qual é o material **que cobre a maior área** do pavimento da casa?

OBSERVE AS CARACTERÍSTICAS DA CASA

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Madeira/parquê  | <input type="checkbox"/> 3. Cimento           | <input type="checkbox"/> 5. Adobe (terra batida) | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp. |
| <input type="checkbox"/> 2. Mármore/granito | <input type="checkbox"/> 4. Mosaico/tijoleira | <input type="checkbox"/> 0. Sem nada             |  |

4.06 Que tipo de latrina usa?

OBSERVE E PERGUNTE

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Retrete ligada a fossa séptica | <input type="checkbox"/> 3. Latrina tradicional melhorada | <input type="checkbox"/> 5. Não tem retrete/latrina |
| <input type="checkbox"/> 2. Latrina melhorada              | <input type="checkbox"/> 4. Latrina não melhorada         | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp.            |

4.07 A casa tem electricidade?

 1. Sim  0. Não

4.08 Qual é a principal fonte de energia para a iluminação?

- |   |   |                                     |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Electricidade       | <input type="checkbox"/> 3. Gás                         | <input type="checkbox"/> 5. Vela    | <input type="checkbox"/> 7. Lenha        |
| <input type="checkbox"/> 2. Gerador/placa solar | <input type="checkbox"/> 4. Petróleo/parafina/querosene | <input type="checkbox"/> 6. Bateria | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp. |

4.09 A casa onde o agregado familiar reside é?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Arrenda      | <input type="checkbox"/> 3. Emprestada/cedida |
| <input type="checkbox"/> 2. Casa própria | <input type="checkbox"/> -9. Outro, esp.      |

### BENS MATERIAIS

4.10 Seleccione todos os bens que o agregado familiar possui actualmente e em bom estado de funcionamento  
*Se o bem não pertence ao agregado familiar, ou não está funcionando, não seleccione.*

- |                                   |  |  |   |                                     |                                    |
|-----------------------------------|--|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. TV    | <input type="checkbox"/> 3. Computador | <input type="checkbox"/> 5. Bicicleta  | <input type="checkbox"/> 7. Celular / telemóvel | <input type="checkbox"/> 9. Geleira | <input type="checkbox"/> 0. Nenhum |
| <input type="checkbox"/> 2. Rádio | <input type="checkbox"/> 4. Viatura    | <input type="checkbox"/> 6. Motorizada | <input type="checkbox"/> 8. Painel solar        | <input type="checkbox"/> 10. Mesa   |                                    |

4.11 O agregado familiar actualmente possui gado bovino?

 1. Sim  0. Não



## B. Pontuação do Consumo de Alimentos (FCS) e Pontuação de Nutrição (FCSN)

Durante quantos dias, nos últimos 7 dias, a maioria dos membros do seu agregado familiar (50%+) comeu os seguintes alimentos, dentro ou fora de casa? Coloque zero se não tiver sido consumido

6.09	<b>Cereais, grãos, raízes e tubérculos, tais como:</b> arroz, massa, pão, sorgo, milho, milho, batata, inhame, mandioca, batata-doce branca, banana-da-terra	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.09a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10	<b>Leguminosas, frutos secos e sementes, tais como:</b> feijão, feijão-nhamba, lentilhas, soja, ervilhas, amendoins ou outras nozes secas	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.10a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11	<b>Leite e outros produtos lácteos, tais como:</b> leite, iogurte, queijo e outros produtos lácteos <small>EXCLUIA MANTEIGA, MARGARINA OU PEQUENAS QUANTIDADES DE LEITE PARA CHÁ OU CAFÉ</small>	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.11a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12	<b>Carne, peixe e ovos, tais como:</b> cabra, vaca, frango, porco, peixe, incluindo atum enlatado, insectos, escargot e/ou outros frutos do mar, e ovos <small>CARNE E PEIXE CONSUMIDOS EM GRANDES QUANTIDADES E NÃO COMO CONDIMENTO</small>	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.12.1 - 6.12.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se 6.12 > 0	6.12.1 Carnes de vaca, porco, borrego, cabra, coelho, galinha, pato, outras aves, insectos	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.12.1a. Qual foi a fonte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.12.2 Carnes de órgãos, tais como: fígado, rim, coração e/ou outras carnes de órgãos	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.12.2a. Qual foi a fonte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.12.3 Peixe/marisco, como: peixe, incluindo atum enlatado, escargot e/ou outros mariscos (peixe em grandes quantidades e não como condimento)	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.12.3a. Qual foi a fonte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.12.4 Ovos	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.12.4a. Qual foi a fonte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13	<b>Legumes, vegetais e folhas, tais como:</b> espinafres, cebola, tomate, cenoura, pimento, feijão verde, alface, etc.	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.13a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se 6.13 > 0	6.13.1 <b>Vegetais cor de laranja (vegetais ricos em vitamina A), tais como:</b> cenoura, pimento vermelho, abóbora, batata-doce cor de laranja	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.13.1a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.13.2 <b>Vegetais de folha verde, tais como:</b> espinafres, brócolos, amaranto e/ou outras folhas verdes escuras, folhas de mandioca	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.13.1b. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14	<b>Frutas, tais como:</b> banana, maçã, limão, manga, papaia, alperce, pêsego, etc.	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.14.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14.1	<b>Frutas cor de laranja (frutas ricas em vitamina A), tais como:</b> manga, papaia, alperce e pêsego, excluindo a laranja	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.14.1a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.15	<b>Óleo/gordura/manteiga, tais como:</b> óleo vegetal, óleo de palma, manteiga, margarina e outras gorduras/óleos	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.15a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.16	<b>Açúcar, ou doce, tais como:</b> açúcar, mel, geleia, doces, bolachas, bolos e outros doces (bebidas açucaradas)	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.16a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17	<b>Condimentos/Especiarias, tais como:</b> chá, café, cacau em pó, sal, alho, especiarias, fermento/fermento em pó, pasta ou molho de tomate e pequenas quantidades de carne, peixe, leite ou outros alimentos consumidos como condimentos	<input type="checkbox"/> Se > 0 →	6.17a. Qual foi a fonte? VEJA FONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### FONTES DE ALIMENTOS

1. Produção própria (cultivos, animais)
2. Pesca / Caça
3. Recolheção
4. Empréstimo
5. Mercado (compra com dinheiro)
6. Mercado (compra a crédito)
7. Implorando por comida
8. Trocar trabalho ou artigos por comida
9. Ofertado (alimentos) pela família e amigos
10. Ajuda alimentar (ONGs, Governo, etc)
11. Outros

## SECÇÃO 7. NOMEAÇÃO DO RECEPTOR DO SUBSÍDIO

### RECEPTOR PRINCIPAL

7.01 Número de ordem do receptor principal   
Somente um membro do agregado familiar pode ser nomeado como Receptor Principal

7.02 Possui NUIT  1. Sim  0. Não  Se 7.02 = 1 7.03 Número do NUIT

7.04 Nome do pai do receptor principal  7.05

7.06 Nacionalidade  1. Mocambicana  
 -9. Outro, esp

7.07 Província de nascimento  1. Niassa  2. Cabo Delgado  3. Nampula  4. Zambézia  5. Tete  6. Manica  7. Sofala  8. Inhambane  9. Gaza  10. Maputo Província  11. Maputo Cidade  0. Nenhuma

7.08 Distrito onde nasceu   
Filtrado em função da província

Se 7.07 = 0 7.09 Em que país nasceu?

7.10 Local de emissão do documento  7.11 Data de emissão do documento   
Refere-se ao documento registado na questão 2.05 Refere-se ao documento registado na questão 2.05

### RECEPTOR SUBSTITUTO

7.12 Número de ordem do receptor substituto se for membro do agregado familiar   Se 7.12 ≠ 0 >> Secção 8

7.13 Nome(s) próprio do receptor substituto?  Apelido do receptor substituto

7.14 Número e tipo de documento de identificação  1. BI  2. Cartão de eleitor  3. Passaporte  4. Carta de condução  5. Cédula pessoal  6. Certidão / Boletim de Nascimento  0. Não tem documentode identificação

7.17 Bairro  7.16 Povoação  7.17 Quarteirão  7.18 Rua/avenida

7.19 Ponto de referência  7.20 Casa  7.21 Andar  7.22 Flat  7.23 Código postal

7.24 Caixa postal  7.27 Telefone fixo  7.26 Telefone móvel

Se 7.12 = 0

## SECÇÃO 8. CONFIRMAÇÃO DA VERACIDADE DOS DADOS

8.01 Seleccione o inquiridor

*Selecione o membro do AF ou '0' se não membro do AF*

Se 8.01 ≠ 0 >> 8.15

Se 8.01 = 0

6.02 Nome(s) próprio do receptor substituto?

*Nome(s) próprio(s)*

Apelido do receptor substituto

*Apelido*

8.03 Bairro

*Nome do bairro*

8.04 Povoação

*Nome da povoação*

8.05 Quarteirão

8.06 Rua/avenida

*Nome da rua ou avenida*

8.07 Ponto de referência

*Referência*

8.08 Casa

8.09 Andar

8.10 Flat

8.11 Código postal

8.12 Caixa postal

8.13 Telefone fixo

8.14 Telefone móvel

8.15 Resultado da entrevista

1. *Completa*

2. *Incompleta*

3. *Recusou*

Se 8.15 > 1

Qual é a razão da entrevista incompleta/recusa?

*Indique a razão*