

PESQUISA REASSENTAMENTO

PROJETO - S11D
Vila Mozartópolis



Pesqu. Martha Braga Nº 1111 Data: 11/11 Critico Nº 1111 Data: 11/11
 Superv. Nº 1111 Data: 11/11 Checad Nº 1111 Data: 11/11

I. Localização do imóvel

Imóvel Pesquisado (indexador)	GPS		Setor	Quadra	Lote	Domício	B
	Latit	Long					
Endereço	RUA/AV/TRAV.		NOME DA RUA/AV/TRAV.				
	Ano. <u>1111</u>		<u>América Marília</u>				
Área pesquisada:		Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural		Munic. <u>Vila Mozartópolis</u> U-F <u>PA</u>			

II. Características do imóvel

1. Forma de uso atual do imóvel (Atenção: para cada tipo de uso, veja na tabela 1, as questões que deverão ser aplicadas)

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Residencial	<input type="checkbox"/> 2. Comercial	<input type="checkbox"/> 3. Serviços	<input type="checkbox"/> 4. Serviços de uso coletivo	<input type="checkbox"/> 5. Industrial	<input type="checkbox"/> 6. Terreno com cultivo/criação
<input type="checkbox"/> 7. Imóvel vago	<input type="checkbox"/> 8. Imóvel em construção	<input type="checkbox"/> 9. Terreno sem construção	<input type="checkbox"/> 10. Sem informação. Recusa	<input type="checkbox"/> 11. Sem informação. Responsável ausente	<input type="checkbox"/> 12. Outros. Qual?

3. Material predominante

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Alvenaria	<input type="checkbox"/> 2. Madeira	<input type="checkbox"/> 3. Taipa	<input type="checkbox"/> 4. Restos de material	<input type="checkbox"/> 5. Outros. Qual?
--	-------------------------------------	-----------------------------------	--	---

2. Nº de pavimentos 01

4. Nº de cômodo 05

III. Identificação dos responsáveis pelo imóvel (Atenção: o entrevistado deve ser um dos responsáveis)

1. Responsável pelo imóvel (1º respons.)

Nome completo Antônio Rodrigues da Costa RG: 4622237 UF PA CPF 911033712-92 Não tem doc

Entrevistado? 1. Sim 2. Não

2. Sexo 1. Masculino 2. Feminino

3. Escolaridade 07 Use cód. da tabela 2

4. Tempo de residência no imóvel

Anos 03 Meses 00

5. Residência no município

Anos 27 Meses 00

3. Escoliaridade 07 Use cód. da tabela 2

6. Responsável pelo imóvel (2º respons.)

Nome completo Elizete Dinahs Pereira Costa RG: 4622237 UF PA CPF 911033712-53 Não tem doc

Entrevistado? 1. Sim 2. Não

7. Telefone para contato

Nº 91977587 1. Resid. 2. Celular 3. Comerc. 4. Recado 5. Não tem

IV. Dados socioeconômicos

Nº de famílias no domicílio

A família relacionada abaixo é a principal? 1. Sim 2. Não (Use Tabela 2 com orientações)

Primeiro nome	Todos os moradores			Moradores com 10 anos ou mais			Todos os moradores						
	Posição na família	Sexo	Idade	Estado civil	Situação ocupacional	Função	Local do trabalho	Fonte de renda extra	Renda mensal total	Estuda	Escolaridade	Onde fica a escola	Portador de necessidades especiais
comece pelo nome do chefe	1. Chefe 2. Cônjuge 3. Filho/Enteado/a 4. Neto/a 5. Pai/mãe 6. Sogra 7. Irmão/a 8. Outro parente 9. Não parente	1. Masc. 2. Fem. = 0	< 12 meses	1. Solteiro 2. Casado oficialmente 3. União estável (amigado) 4. Separado oficialmente/divorciado 5. Separado não oficialm 6. Viúvo	1. Empregado com registro 2. Empregado sem registro 3. Funcionário público 4. Autônomo 5. Bico 6. Empregador 7. Desempregado 8. Aposentado/ Pensionista 9. Inativo 10. Doente/invalido 11. Do lar 12. Estudante 13. Outro. Qual?	Use Tabela 3 (apenas p/ quem trabalha em Sit. Ocupac)	1. No domicílio 2. Na área local 3. Bairro/próximo 4. Bairro/local distante 5. Sem local fixo	1. Não tem pensão JNNS 2. Pensão alimentícia 3. Benefício de Prestação Continuada (BPC) 4. Seguro desemprego formal 5. Seguro desemprego pescadores 6. Seguro de saúde 7. Seguro safta 8. Bolsa Família 9. PETI 10. Doação recebida de terceiros 11. Comércio 12. Bico 13. Outros. Espec.	Renda mensal total	1. Sim 2. Não	Use Tabela 4 1. Na área local 2. Bairro/próximo 3. Bairro/local distante	1. Nenhuma 2. Visual 3. Auditivo 4. Fala 5. Ausência de membros superiores 6. Ausência de membros inferiores 7. Impossibilidade de locomoção (por paralisia) 8. Deficiência mental	
Antônio	1	1	35	2	73	8	4	1	510,00	2	4	-	1
Leopoldo	2	2	30	2	77	-	-	1	0	1	78	-	1
Edinilton	3	1	43	1	22	-	-	1	0	1	73	-	1
Wilson	3	1	77	1	22	-	-	1	0	1	77	-	1
Gilmar	3	1	09	-	-	-	-	1	0	1	70	-	1

* Renda

V. Condições básicas

1. Energia elétrica

1. Padrão 2. Gâmbiarra (bico) 3. Outro. Qual? _____ 4. Não tem

2. Fornecimento de água

1. Rede geral 2. Clandestina 3. Poço 4. Outro. Qual? _____

3. Esgotamento sanitário

1. Rede de esgoto Não tem (a céu aberto)

2. Fossa séptica 3. Fossa negra 5. Outros. Qual? _____

4. Uso de instalações sanitárias (aplicar apenas em domicílio)

1. Individual interno 2. Individual externo 3. Coletivo 4. Não tem

5. Equipamentos sanitários (aplicar apenas em domicílio)

A) Vaso sanitário 1. Sim 2. Não

B) Pia 1. Sim 2. Não

C) Chuveiro 1. Sim 2. Não

VI. Situação de posse do imóvel

1. E dono dessa propriedade (terreno e construção)?

1. Sim (terreno e construção) 2. Sim (apenas da construção) 3. Não, alugado 3.a. Valor do aluguel R\$ _____ 4. Não, Arrendado 4.a. Valor do arrendamento R\$ _____ 5. Não Uso de parceiro/meio 6. Não, Invadido/possessor 7. Não, Cedido 8. Outro. Qual? _____

2. Possui documento do imóvel? (aplicar apenas aos que apontaram opção 1 ou 2 na questão1)

1. Não 2. Sim. Escritura Pública no Registro Imobiliário 3. Sim. Escritura Pública no Tabelião de Notas 4. Sim. Escritura de Doação 5. Sim. Recibo 6. Sim. Outro. Qual? _____ 7. Contrato de Compra e Venda 8. Termo de Concessão de Uso

Pesquisa Socioeconômica
Mozartópolis - Canaã dos Carajás

PESQUIS Nº _____ Nome _____ Super. Nº _____ Nome _____
 Data: 11/07/08
 Data: _____

I - IDENTIFICAÇÃO:

Selador Nº cadastro 0981
 Área: _____
 Nome da Rua/Avenida/Travessa... V. MOZARTEMOZOLIS

Endereço: A. V. AMÉRICO
 Nº S/N _____ Referência: NT

Entrevistado: ELIZETE LINDHARES PEREIRA COSTA

Nome do chefe: ANTONIO RODRIGUES DA COSTA
 C P F: 99903372-12 R G: 422231 Ex. N. 10103100 PA

Nome do cônjuge: ELIZETE LINDHARES PEREIRA COSTA
 C P F: 32703200-33 R G: 46222202 PA

Telefone	9	1	6	2	6	3	2											
1 Residencial	2 Celular	3 Comercial	4 Não tem															

II - DADOS REFERENTES AO DOMÍLIO:

1 - Características do imóvel:
 Nº de pavimentos: 010
 Material predominante: 1. Alvenaria 2. Madeira 3. Mist. 4. Restos de material 5. Outros/espec.
 Total de cômodos: 04

2 - Uso e Ocupação:
 1. Residencial 2. Comercial 3. Industrial 4. Serviços uso coletivo 5. Industrial 6. Em Construção 7. Lote vago 8. Depósito 9. Outros. Espec.

Tempo de residência no Município: 1. Anos 139 2. Meses 010
 Tempo de residência no Imóvel: 1. Anos 01 2. Meses 010
 Nº de famílias no Domício: 010
 Família principal? S N

Procedência da Família: V. MOZARTEMOZOLIS
 Município: CANAÃ DOS CARAJÁS
 UF: PA

Residência no município: 1. Permanente 2. Temporário

Regime de ocupação do imóvel: 1. Próprio 2. Alugado R\$ _____ 3. Cedido (por parente/emijos) _____ 4. Inavido _____ 5. Outros/espec. _____

III- DADOS SOCIOECONÔMICOS:

Todos Moradores

TODOS OS MORADORES														
Nome Completo	Posição na Família	Sexo	Naturalidade	Idade	Possui Documento	Estado Civil	Situação Ocupacional	Função	Beneficiário de:	Fontes de Renda	Renda	Estuda?	Escolaridade para certificação	Nome da Instituição
	1- chefe 2- cônjuge 3- filho 4- neto 5- parente 6- agregado 7- adotado	1- M 2- F	Cidade/Estado	<12 meses =0	1. Não tem 2. Cartão de nascimento 3. Cartão de casamento 4. RG/ Ident. 5. Carteira de trabalho 6. CIC/ CPF 7. Título eleitoral 8. Residência 9. Todos os documentos citados	1. Solteiro 2. Casado 3. Amigo 4. Viúvo 5. Separado/ divorciado 6. Não se aplica	1- emp. e/ registro 2- emp. s/ registro 3- função público 4- autônomo 5- nico 6- empregador 7- desempregado Rural 8- Trabalhador Rural 9- Inativo 10- do lar 11- estudante 12- outros /especificar	Situação ocupacional = cod. 9, 10, 11, - Função = hifen (-)	0- Não tem; 1- Aposentadoria por invalidez 2- Aposentadoria por tempo de contrib./ idade 3- Pensão viuvez; 4- Pensão Alimentícia; 5- Auxílio Doença; 6- Benefício de Prest. Continuada; 7- Seguro Desemp.; 8- Bolsa Família; 9- Recursos do PETI.	0- Não tem; 1- Aluguel; 2- Comércio informal; 3- Ricos diversos; 4- Doação de terrenos; 5- Outros Especificar.	Situação Ocupacional Beneficiário de: Fontes de Renda	1- Sim 2- Não	Usar tabela para certificação	
1	ANTÔNIO RODRIGUES DA COSTA	M	S. MIGUEL DO ARAGUAIA GO	33	90000	2	5	SERV. GERAIS	0	0	0	1	23	ODAIL ALVES
2	ELIZETE LINHA RES PEREIRA COSTA	F	S. DOMINGOS MA	28	90000	2	5	AUX DE SER GERAIS	8	0	0	1	17	ODAIL ALVES
3	EDNILTON PEREIRA COSTA	M	CANAÃ PA	11	24000	1	11		0	0	0	1	11	ODAIL ALVES
4	VILMAR PEREIRA COSTA	F	CANAÃ PA	10	20000	0	11		0	0	0	1	09	ODAIL ALVES
5	GILMAR PEREIRA COSTA	F	CANAÃ PA	8	20000	6	11		0	0	0	1	08	ODAIL ALVES
6														
7														
8														
9														

Observações: Sem Antonio nas aus informave 2011

(CNS)

01. Presença das seguintes doenças na família:

1	0	Diabetes em quantos membros da família?	0
2	0	Hipertensão em quantos membros da família?	0
3	0	Hanseníase (lepra) em quantos membros da família?	0
4	0	Colúsculo acima dos níveis normais em quantos membros da família?	0
5	0	Anemia em quantos membros da família?	0
6	0	Tuberculose em quantos membros da família?	0
7	0	Malária em quantos membros da família, em caso positivo há quanto tempo ocorreram as últimas manifestações da doença?	0
8	0	Febre amarela em quantos membros da família, em caso positivo há quanto tempo ocorreram as últimas manifestações da doença?	0
9	0	Bronquite/Asma em quantos membros da família?	0

10	0	Dengue em quantos membros da família?	0
11	0	Hepatite em quantos membros da família? Qual tipo? (A, B ou C)	0
12	0	DST em quantos membros da família?	0
13	0	AIDS em quantos membros da família?	0
14	0	Vermes em quantos membros da família?	0
15	0	Doenças como diarreias e vômitos em quantos membros da família?	0
16	0	Há pessoas com deficiências na família? Em caso positivo qual?	0
17	0	Outras doenças, especifique:	0
Local	0	onde faz tratamento:	0

02. As crianças residentes nesta casa estão com as vacinas em dia? Se não, qual ou quais estão faltando? Sim: Não:

Os adultos residentes nesta casa foram vacinados contra:

1	2	Febre Amarela em quantos membros da família
2	2	Tuberculose em quantos membros da família
3	2	Tétano em quantos membros da família
Outras: especifique:	0	NA

03. Em relação aos hábitos alimentares da sua família:

1	X	Há o consumo de carne (suína, bovina ou aves) pelo menos uma vez por semana;
2	X	Há o consumo de verduras e/ou pelo menos uma vez por semana
3	X	Há o consumo diário de leite e seus derivados;
4	X	A família realiza as três refeições diárias;
5	<input checked="" type="checkbox"/>	Você considera que sua família se alimenta bem? 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>

IV- CONDIÇÕES BÁSICAS:

1. Energia Elétrica Padrão 1
 Gâmberra (bico) 3 Não tem 4 Outros/especif. 5 Não Sabe 6

2. Fornecimento de água Canalizada 2 Poço 3 Candelina 4 Não tem 5 Outros/especif. 6 Não Sabe 7

3. Acondicionamento de água Direto da rede (Não amazena) 1 Balde/garralva/sasilha 5 Caixa d'água com tampa 6 Outros Espec. 3 Caixa d'água sem tampa 4 Tambor 7 Não sabe 8

4. Qualidade da água consumida (ingerida) 1 Filtrada 2 Fervida 3 Direto da torneira 4 Mineral 5 Outros/especif. 6 Não sabe 7

5. Esgoto Sanitário Rede de Esgoto 1 Fossa Sépica 3 Fossa Negra 4 Não tem (a céu aberto) 5 Outros/especif. 6 Não Sabe 7

6. Uso de instalações sanitárias Individual interno 2 Individual externo (sentina) 3 Coletivo 4 Não tem 5

7. Equipamentos Sanitários Sim 2 Não 3 PIA 4 Sim 5 Não 6 CHUVEIRO 7 Sim 8 Não 9

8. Destinação do Lixo Coleta 2 Via pública 3 Vaia 4 Cursos d'água 5 Terreno baldio 6 Queimado no quintal 7 No próprio terreno 8 Outros/especif. 9 Não sabe 10

9. Condção Águas de Chuvas Existe canalização 1 Corre superficialmente 2 Não sabe 3

10. Meio de locomoção mais utilizado para deslocamento dentro do município: MOTO

V- BENS DE CONSUMO (quantidade):

Fogão	1	Tanquinho	1
Geladeira	1	Videocassete	1
Televisão	1	Forno de microondas	1
Rádio (exceto o do carro)	0	Aparelho CD Player	0
Freszer	0	Antena Parabólica	0
Máquina de lavar roupas	0	Telefone fixo	0

02. Onde compra gêneros de primeira necessidade? (alimentação, higiene e limpeza): CANAL SUPERMERCADO

VI- ORGANIZAÇÃO E REFERÊNCIAS:

através:

1- Associação de moradores	<input type="checkbox"/>
2- Associação de Produtores Rurais	<input type="checkbox"/>
3- Instituição Religiosa	<input type="checkbox"/>
4- Poder público	<input type="checkbox"/>
5- Política conhecida	<input type="checkbox"/>
6- Outros/espec.	<input type="checkbox"/>
7- Não reivindica	<input type="checkbox"/>
8- Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/>

2- Que instituição ajuda a comunidade?

1- Associação de moradores	<input type="checkbox"/>
2- Associação de Produtores Rurais	<input type="checkbox"/>
3- Instituição religiosa	<input type="checkbox"/>
4- Poder público	<input type="checkbox"/>
5- ONG	<input type="checkbox"/>
6- Outros/espec.	<input type="checkbox"/>
7- Não sabe	<input type="checkbox"/>
8- Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/>

3- Participa/frequenta alguma instituição?

1- Associação de moradores	<input type="checkbox"/>
2- Associação de Produtores Rurais	<input checked="" type="checkbox"/>
3- Instituição religiosa	<input type="checkbox"/>
4- Grupo de jovens	<input type="checkbox"/>
5- Conselhos (saúde, tutelar, etc)	<input type="checkbox"/>
6- Outros/espec.	<input type="checkbox"/>
7- Não participa/não frequenta	<input type="checkbox"/>

VII. VEICULOS DE COMUNICAÇÃO:

1. Você recebe as informações sobre a sua região através de

<input checked="" type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> 2 Reuniões
<input checked="" type="checkbox"/> Rádio Comunitária	<input type="checkbox"/> 7 Lideranças
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3 Boletins
<input type="checkbox"/> 5 Jornais	<input type="checkbox"/> 4 Folhetos
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 Outros/especif.