

**PLANO DIRETOR DE CAMPOS DOS GOYTACAZES - LEITURA COMUNITÁRIA**  
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

1. Distrito: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

2. Bairro: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos;

4. Sexo:

Masculino

Feminino

5. Qual a sua escolaridade:

Nenhuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Fundamental (Antigo 1º Grau)	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>
Ensino Médio (Antigo 2º Grau)	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>
Nível Superior	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>
Pós-graduação	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>

6. Sua casa é:

Própria

Alugada

Outros (\_\_\_\_\_)

7. Que tipo de documento de propriedade que você possui:

Escritura   
Usucapião

Recibo de Compra   
Cessão de Uso   
Outros (\_\_\_\_\_)

8. Você participa de alguma organização comunitária?

(associação de moradores, trabalhos em grupos organizados, etc,...)

Sim

Não

9. Você está empregado?

Sim

Não

10. Tem carteira assinada?

Sim

Não

11. O que você faz no seu trabalho (ocupação)? \_\_\_\_\_

12. Qual o meio de transporte mais utilizado por você?

A pé   
Ônibus   
Bicicleta

Carro   
Carroça   
Outros (\_\_\_\_\_)

13. Esse meio de transporte te atende bem?

Sim

Não

14. O hospital ou posto de saúde perto de sua casa atende bem?

Sim

Não

Não Existe

15. A escola perto de sua casa atende bem?

Sim

Não

Não Existe

16. As ruas do seu bairro se mantêm limpas?

Sim

Não

17. As ruas de seu bairro são bem iluminadas?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
18. As ruas de seu bairro possuem muitas árvores?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
19. A rua onde você mora alaga quando chove?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
20. O lixo da sua casa é recolhido pela Prefeitura?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
21. Sua casa tem água encanada?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
22. Costuma faltar água na sua casa?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
23. Sua casa tem luz elétrica?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
24. Costuma faltar luz na sua casa?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
25. Assinale o tipo de esgoto da sua casa:  

Fossa Séptica	<input type="checkbox"/>
Não Possui	<input type="checkbox"/>

Ligado à rede da rua	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------
26. Assinale abaixo os problemas que existem perto de sua casa:  

Mau Cheiro	<input type="checkbox"/>
Atropelamento	<input type="checkbox"/>

Barulho	<input type="checkbox"/>
Assaltos	<input type="checkbox"/>
27. Quais opções de lazer perto da sua casa?  

Playground	<input type="checkbox"/>
Praça	<input type="checkbox"/>

Praia	<input type="checkbox"/>
Cinema	<input type="checkbox"/>

Outros	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	<input type="checkbox"/>
28. O comércio existente no seu bairro atende as suas necessidades?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
29. Existem opções de trabalho na sua localidade?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
30. Existem opções de trabalho no Município?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
31. Você gosta do lugar onde mora?  

Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

**Suas respostas ajudarão a melhorar a qualidade-de-vida no seu Município!**