

ANEXO 1

Questionário da Pesquisa de Posses e Hábitos de Consumo (Consumidores normais)

ELETROBRÁS / PROCEL - IEPUC / ECOLUZ
PESQUISA DE POSSE DE ELETRODOMÉSTICOS E HÁBITOS DE CONSUMO
RESID_NORM
QUESTIONÁRIO 1: RESIDENCIAL - BT

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 – Nº QUEST. _____

1.2 – ENTREVISTADOR: _____

1.3 – ENTREVISTADO: _____

1.4 – ENDEREÇO: _____

1.5 – BAIRRO/CIDADE: _____ 1.6 – REGIÃO: _____

1.7 – TELEFONE: _____ 1.8 – DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1.9 – HORA DE INÍCIO DA ENTREVISTA: ____ : ____

1.10 – LISTE AS PESSOAS QUE MORAM NESTE DOMICÍLIO, ESPECIFICANDO GRAU DE PARENTESCO OU RELAÇÃO COM O(A) CHEFE DA FAMÍLIA, IDADE, SEXO, NÍVEL DE INSTRUÇÃO E PERÍODO HABITUAL DE PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO:

OBS.1: Hoje a terminologia é ensino fundamental (1ª a 8ª série) e ensino médio (1ª a 3ª série do 2º grau)

OBS.2: Criança de até 7 anos, é considerada no nível de instrução, como primário incompleto

MEMBRO	CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO (1)	IDADE	SEXO	NÍVEL DE INSTRUÇÃO (2)	PERÍODO HABITUAL DE PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO			
			F - 1 M - 2		M	T	N	MA
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

CHAMADA: (1)

(1) CHEFE DA FAMÍLIA

(2) CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

(3) FILHO

(4) OUTRO PARENTE

(5) AGREGADO

(6) PENSIONISTA

(7) EMPREGADO DOMÉSTICO

(8) PARENTE DE EMPREGADO

(9) HÓSPEDE

CHAMADA: (2)

- (1) ATÉ PRIMÁRIO INCOMPLETO
(2) ATÉ GINASIAL INCOMPLETO
(3) ATÉ COLEGIAL INCOMPLETO

- (4) ATÉ SUPERIOR INCOMPLETO
(5) CURSO SUPERIOR COMPLETO
(6) ANALFABETO

1.11 – O RELÓGIO (MEDIDOR) SERVE SÓ A ESTE DOMICÍLIO?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

1.12 – QUANTO TEMPO VOCÊS (FAMÍLIA) MORAM NESTE DOMICÍLIO? ANOS MESES

1.13 – QUAL O TEMPO APROXIMADO DE CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL? ANOS

2. CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

2.1 – TIPO DE DOMICÍLIO:

1. CASA 2. APARTAMENTO / ANDARES: _____ 3. OUTRO, QUAL:

CASO APARTAMENTO, OU OUTRO QUE NÃO POSSUA COBERTURA, VÁ PARA 2.3

2.2 – COBERTURA:

1. LAJE DE CONCRETO 2. TELHA DE BARRO 3. TELHA DE AMIANTO
4. ZINCO 5. MADEIRA 6. PALHA
7. MATERIAL APROVEIT. 8. OUTRO, QUAL: 9. NÃO SABE / NR

2.2.1 – A COBERTURA DO SEU DOMICÍLIO TEM FORRO?

1. SIM 2. NÃO

CASO NÃO, VÁ PARA 2.3

2.2.2 – SE HÁ, QUAL O TIPO?

1. FORRO DE PLÁSTICO/MATERIAL SINTÉTICO 2. FORRO DE MADEIRA
3. LAJE PRÉ-MOLDADA COM BLOCOS CERÂMICOS 4. LAJE DE CONCRETO
5. OUTRO, QUAL: 6. NÃO SABE / NR

2.3 – PAREDE EXTERNA:

1. ALVENARIA REVESTIDA EXTERNAMENTE 2. ALVENARIA REVESTIDA EXT/INT
3. MADEIRA 4. PALHA
5. MATERIAL APROVEIT. 6. TAIPA NÃO REVESTIDA
7. OUTRO, QUAL: 8. NÃO SABE / NR

3. INFORMAÇÕES SOBRE ENERGIA ELÉTRICA

3.1 – NOS ÚLTIMOS 15 DIAS HOUVE FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA NESSA RESIDÊNCIA?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

3.2 – NESSA RESIDENCIA OCORREU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES:

OCORRÊNCIA	(1)
1. DUAS OU MAIS QUEIMAS DE LÂMPADAS	
2. DESLIGAMENTO/QUEIMA DE DISJUNTOR/FUSÍVEL	
3. REDUÇÃO DO NÍVEL DE ILUMINAÇÃO/QUEDA DE TENSÃO	
4. CHOQUE ELÉTRICO EM ELETRODOMÉSTICOS	
5. AQUECIMENTO DA PAREDE	
6. OCORRE OUTROS PROBLEMAS DE ENERGIA? QUAIS:	

CHAMADA: (1)

(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE / NR

3.3 – CASO A COMPANHIA DE ELETRICIDADE OFEREÇA ENERGIA ELÉTRICA MAIS BARATA FORA DO PERÍODO DE 18:00 ÀS 21:00 HORAS, O(A) SR.(A) ESTARIA DISPOSTO(A) A REDUZIR O CONSUMO DE ENERGIA NESTE PERÍODO? (ESPONTÂNEA)

1. SIM 2. DEPENDE DO DESCONTO

3. NÃO 4. NÃO SABE / NR

3.4 – E A ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA RUA É: (ESTIMULADA)

1. ÓTIMA 2. BOA 3. REGULAR

4. RUIM 5. PÉSSIMA 6. NÃO SABE / NR

3.5 – NA SUA OPINIÃO, A ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA CIDADE É: (ESTIMULADA)

1. ÓTIMA 2. BOA 3. REGULAR

4. RUIM 5. PÉSSIMA 6. NÃO SABE / NR

3.6 – NA SUA OPINIÃO, QUEM É O RESPONSÁVEL PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA CIDADE?

1. PREFEITURA 2. GOVERNO 3. CONCESSIONÁRIA

4. OUTROS _____ 5. NÃO SABE / NR

4. ILUMINAÇÃO

4.1 – CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS DE USO:

TIPO DE CÔMODO	LÂMPADAS		QUANTIDADE DE LÂMPADAS ACESAS POR PERÍODO (EVENTUAL X HABITUAL)																									
	Total	Tipo (1)	E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Sala de estar, Jantar e TV																												
Quarto 1																												
Quarto 2																												
Quarto 3																												
Quarto 4																												
Banheiro 1																												
Banheiro 2																												
Banheiro 3																												
Corredores																												
Copa/Cozinha																												
Área de Serviço																												
Garagem																												
Área Externa																												
Outras																												

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0310384/CA

CHAMADA: (1)

(1) 25W – INCANDESCENTE

(2) 40W – INCANDESCENTE

(3) 60W – INCANDESCENTE

(4) 100W – INCANDESCENTE

(5) 150W – INCANDESCENTE

(6) 20W – FLUORESCENTE TUBULAR

(7) 40W – FLUORESCENTE TUBULAR

(8) FLUORESCENTE COMPACTA ATÉ 15W

(9) FLUORES. COMPACTA >15W

(10) FLUORESCENTE CIRCULAR

(11) DICRÓICA

(12) OUTRO

NOTA: (1) Na sala e na copa/cozinha deve ser verificada a potência na própria lâmpada, nos demais cômodos essa medida pode ser feita por declaração.

(2) Se não for possível identificar um horário habitual de uso marque um “X” apenas na coluna referente a uso eventual “E”.

4.2 – VOCÊ CONHECE AS LÂMPADAS FLUORESCENTES? (MOSTRAR CARTÃO 9)

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

DAR INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE AS L.F.C.'s

4.3 – QUAL A TONALIDADE DE ILUMINAÇÃO PREFERIDA PARA SUA RESIDÊNCIA?

1. BRANCA 2. AMARELADA 3. DEPENDE DO CÔMODO
4. OUTRAS 5. NÃO SABE / NR

5. REFRIGERADOR

5.1 – CARACTERÍSTICAS

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO (1)	UTILIZAÇÃO (2)	POSIÇÃO / INTENSIDADE DO TERMOSTATO (3)	ESTIMATIVA DE IDADE DO APARELHO (em anos)	PROBLEMAS OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES (4)
	REFRIGERADOR				
1					
2					
3					

CHAMADA: (1) VEJA NO CARTÃO 1

CHAMADA: (2) (1) USO PERMANENTE (3) USO PARTE DO DIA
(2) DESLIGADO (4) SÓ LIGADO EVENTUALMENTE

CHAMADA: (3) (1) MÍNIMO (2) MÉDIO (3) MÁXIMO

CHAMADA: (4) (1) MOTOR COM DEFEITO OU RUÍDO EXCESSIVO
(2) PORTA COM DIFICULDADE PARA FECHAR
(3) CONGELADOR FAZENDO GELO DE MAIS OU DE MENOS
(4) OUTROS PROBLEMAS

OBS.: A CHAMADA (4) ADMITE RESPOSTAS MÚLTIPLAS

5.2 – DO(S) REFRIGERADOR(ES) ACIMA CITADO(S), ADQUIRIU ALGUM NOVO (NA LOJA) NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS?

1. SIM, QUANTOS? _____
2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

SE NÃO OU NÃO SABE /NR, VÁ PARA O ITEM 6

5.3 – NESSA AQUISIÇÃO LEVOU EM CONSIDERAÇÃO O CONSUMO DO APARELHO MOSTRADO NA ETIQUETA AO ADQUIRÍ-LO?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO LEMBRA
4. NÃO TINHA 5. NÃO SABIA DA EXISTÊNCIA DE ETIQUETA

7.2 – HÁBITOS DE USO DE ACORDO COM O CLIMA NOS DIAS DE SEMANA E FINAIS DE SEMANA.

	USA O APARELHO NO CLIMA.....? (MARQUE UM "X")	GRAU DE UTIL (1)	TEMPO DE USO POR PERÍODO (marque um "X")																							
			E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
2	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
3	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
4	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									

CHAMADA: (1) (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: DEVE SER EXCLUÍDO O PERÍODO EM QUE O CONDICIONADOR É UTILIZADO APENAS NA VENTILAÇÃO.
 NOTA.2: A COLUNA REFERENTE AO CLIMA, APRESENTA TEMPERATURAS ASSOCIADAS ÀS ESTAÇÕES DO ANO; COMO POR EXEMPLO: QUENTE – VERÃO / AMENO – PRIMAVERA OUTONO / FRIO – INVERNO.

8. TELEVISÃO

8.1 – CARACTERÍSTICAS:

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO		ESTIMATIVA DE IDADE DO APARELHO (em anos)	GRAU DE UTILIZAÇÃO (2)	STAND BY	
	MARCA (1)	TAMANHO (POLEGADAS)			SIM	NÃO
1						
2						
3						
4						
5						

CHAMADA: (1) VEJA NO CARTÃO 5

CHAMADA: (2) (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: A ÚLTIMA COLUNA SE REFERE À POSIÇÃO DO APARELHO QUANDO O MESMO SE ENCONTRA DESLIGADO, OU SEJA, SE O ENTREVISTADO O DEIXA EM STAND-BY OU NÃO.

8.2 – HORÁRIOS DE USO DOS APARELHOS DE TV DE ACORDO COM O DIA DA SEMANA.

DIAS	Nº REF	HORÁRIOS DE USO DOS APARELHOS DE TV (marque um “X”)																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
DIAS DE SEMANA	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
SÁBADO	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
DOMINGO	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								

9. OUTROS ELETRODOMÉSTICOS

9.1 – POSSES E HÁBITOS DE USO:

APARELHO	QUANT	UTIL. (1)	STAND BY		APARELHO	QUANT	UTIL. (1)	STAND BY	
			S	N				S	N
1. APARELHO DE SOM					16. CAFETEIRA ELÉTRICA				
2. RÁDIO ELÉTRICO					17. PANELA ELÉTRICA				
3. VIDEO CASSETE					18. EXAUSTOR				
4. DVD					19. VENTILADOR DE TETO				
5. MICROCOMPUTADOR					20. CIRCULADOR / VENTILADOR				
6. IMPRESSORA					21. AQUECEDOR DE AMBIENTE				
7. VIDEO GAME					22. ENCERADEIRA				
8. FERRO					23. ASPIRADOR DE PÓ				
9. LAVA ROUPA					24. BOMBA D'ÁGUA				
10. LAVA LOUÇA					25. TORNEIRA ELÉTRICA				
11. SECADORA DE ROUPA					26. HIDROMASSAGEM				
12. FORNO MICROONDAS					27. VAPORETTO				
13. FORNO ELÉTRICO					28. VAP (PRESSUR. DE ÁGUA)				
14. LIQUIDIFICADOR					29. MÁQUINA DE COSTURA ELÉT.				
15. BATEDEIRA					30. TV POR ASSINATURA				

- CHAMADA: (1)** (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: A ÚLTIMA COLUNA SE REFERE À POSIÇÃO DO APARELHO QUANDO O MESMO SE ENCONTRA DESLIGADO, OU SEJA, SE O ENTREVISTADO O DEIXA EM STAND-BY OU NÃO.

NOTA.2: SE NO DOMICÍLIO HOUVER OUTRO(S) EQUIPAMENTO(S) COM O USO PELO MENOS “REGULAR” – 1 A 3 VEZES POR MÊS – ELE DEVE SER INCLUÍDO NA LISTA.

9.2 – HORÁRIOS DE USO DO:

- | | | |
|---------------------|---------------------|------------------------|
| (1) APARELHO DE SOM | (2) MICROCOMPUTADOR | (3) FERRO ELÉTRICO |
| (4) LAVA ROUPA | (5) LAVA LOUÇA | (6) SECADOURA DE ROUPA |
| (7) MICROONDAS | (8) FORNO ELÉTRICO | (9) TORNEIRA ELÉTRICA |

HORÁRIO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS X DIAS DA SEMANA						
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOTA: NOS ESPAÇOS DEVEM SER COLOCADOS OS NÚMEROS REFERENTES AOS EQUIPAMENTOS.

10. AQUECIMENTO DE ÁGUA PARA BANHO

10.1 – NESTA RESIDÊNCIA, COMO É REALIZADO O AQUECIMENTO DA ÁGUA PARA O BANHO?

AQUECIMENTO ELÉTRICO

1. CHUVEIRO ELÉTRICO
2. AQUECEDOR DE PASSAGEM (KDT)
3. BOILER
4. AQUECIMENTO CENTRAL

AQUECIMENTO A GÁS

5. GÁS DE RUA
6. GLP (GÁS DE BOTIJÃO)
7. BOILER
8. AQUECIMENTO CENTRAL

9. AQUECEDOR SOLAR

10. NÃO AQUECE (BANHO FRIO)

11. NÃO SABE / NR

12. OUTRAS FORMAS DE AQUECIMENTO QUAL: _____

OBS.: ESTA QUESTÃO ADMITE RESPOSTAS MÚLTIPLAS

CHUVEIRO ELÉTRICO

(PREENCHA CASO POSSUA)

10.2 – CARACTERÍSTICAS:

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO (1)	Nº DE PESSOAS QUE USAM	POSIÇÃO EM QUE SE ENCONTRA A CHAVE DO APARELHO			DURANTE OS MESES DE INVERNO A CHAVE FICA NA POSIÇÃO		
	CHUVEIRO		VERÃO	INVERNO	DESLIGADA	VERÃO	INVERNO	DESLIGADA
1								
2								
3								

CHAMADA: (1) VEJA NO CARTÃO 3

10.3 – HÁBITOS DE USO DO CHUVEIRO ELÉTRICO NOS DIAS DE SEMANA.

Nº REF	NÚMERO DE PESSOAS QUE USAM O CHUVEIRO ELÉTRICO NOS HORÁRIOS																								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1																									
2																									
3																									

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR 4. DEPENDE DO CUSTO

10.9 - O(A) SR(A). CONSIDERA SEU SISTEMA DE AQUECIMENTO DE ÁGUA EFICIENTE COM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ENERGIA?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

11. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

11.1 – ITENS DE CONFORTO FAMILIAR:

ITENS	QUANTIDADE	
BANHEIRO		
AUTOMÓVEL		ANO:
EMPREGADA DOMÉSTICA		SALÁRIO:

(SOMENTE PARA OS QUE POSSUEM AUTOMÓVEL – 11.1.1)

11.1.1 – UTILIZA O GNV (GÁS NATURAL VEICULAR) COMO COMBUSTÍVEL DO SEU AUTOMÓVEL?

1. SIM, EM QTS? _____ 7. NÃO CONHEÇE
 2. NÃO, POIS ACHO INEFICIENTE 8. NÃO SABE / NR
 3. NÃO, POIS ACHO O CUSTO CARO
 4. NÃO, POIS ACHO A INFRA-ESTRUTURA PRECÁRIA
 5. NÃO, POIS ACHO PERIGOSO
 6. NÃO, OUTROS MOTIVOS: _____

11.2 – RENDA FAMILIAR (Piso nacional de salários)

1. <1 5. 4 a 5 9. 15 a 20 13. NÃO SABE / NR
 2. 1 a 2 6. 5 a 7 10. 20 a 30
 3. 2 a 3 7. 7 a 10 11. 30 a 40
 4. 3 a 4 8. 10 a 15 12. >40

11.3 – NESTE DOMICÍLIO É FEITO ALGUM TIPO DE TRABALHO PARA SER COMERCIALIZADO? (VEJA NO CARTÃO 7)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CASO NÃO SEJA FEITO NENHUM TIPO DE TRABALHO COM FIM COMERCIAL, VÁ PARA O ITEM 11.5.

11.4 – QUAIS SÃO OS EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS UTILIZADOS NESTE(S) TRABALHO(S)? (IDENTIFIQUE OS EQUIPAMENTOS NO CARTÃO 6)

--	--	--	--

11.5 – REGIÃO DO DOMICÍLIO:

1. LUXO 2. CLASSE MÉDIA ALTA 3. CLASSE MÉDIA BAIXA
 4. POBRE 5. NÃO SABE / NR

11.6 – PRÓXIMO À FAVELA:

1. SIM 2. NÃO 3. NA FAVELA 4. NÃO SABE / NR

11.7 – COMO O(A) SR.(A) CLASSIFICARIA O PESO DA CONTA DE LUZ NO SEU ORÇAMENTO FAMILIAR? (ESTIMULADA)

1. MUITO PESADO 2. PESADO 3. MAIS OU MENOS PESADO
 4. POUCO PESADO 5. NADA PESADO 6. NÃO SABE / NR

11.8 – DÊ UMA NOTA DE 0 A 10, COMPARANDO OS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS SEGUINTE EMPRESAS:

EMPRESA DE ÁGUA		EMPRESA DE TELEFONIA		EMPRESA DE ENERGIA		NÃO SABE/NÃO CONHECE	
--------------------	--	-------------------------	--	-----------------------	--	-------------------------	--

11.9 - ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE O(A) SR.(A) ACHA O PREÇO PAGO PELA ENERGIA ELÉTRICA MUITO BARATO E, O PONTO 10, QUE O(A) SR.(A) ACHA O PREÇO MUITO CARO. AVALIE OS SEGUINTE PONTOS:

ITENS	AVALIAÇÃO
1) PREÇO PAGO PELA ENERGIA ELÉTRICA	
2) CUSTO COM ENERGIA ELÉTRICA, CONSIDERANDO OS BENEFÍCIOS QUE ELA LHE OFERECE. COMO POR EXEMPLO, CONFORTO, COMODIDADE E SEGURANÇA	

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

12. RACIONAMENTO E CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

12.1 – NESTA RESIDÊNCIA SÃO ADOTADAS MEDIDAS PARA ECONOMIZAR ENERGIA ELÉTRICA?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

12.5.2 – E, MESMO COM O FINAL DO RACIONAMENTO O(A) SR.(A) CONTINUA UTILIZANDO AS LÂMPADAS FLUORESCENTES?

1. SIM; TODAS SUBSTITUÍDAS CONTINUAM FLUORESCENTES, MESMO AS QUE QUEIMARAM
2. NÃO, AQUELAS QUE QUEIMARAM FORAM SUBSTITUÍDAS POR INCANDESCENTE
3. MANTIVE ALGUMAS FLUORESCENTES, E SUBSTITUÍ OUTRAS POR INCANDESCENTES
4. NÃO SABE / NR

SE SIM OU NÃO SABE / NR, VÁ PARA 12.6

12.5.3 – SE NÃO CONTINUOU COM O USO DE LÂMPADAS FLUORESCENTES, SUBSTITUIDAS POR LÂMPADAS INCANDESCENTES COMUNS, FOI POR QUE?

1. PREÇO: MUITO CARO
2. NÃO DEU IMPORTÂNCIA PARA ECONOMIA DAS LÂMPADAS FLUORESCENTES
3. OUTRO, QUAL: _____
4. NÃO SABE / NR

12.6 – COM O FINAL DO RACIONAMENTO O QUE O(A) SR.(A) FEZ EM RELAÇÃO AO: (ESTIMULADA)

APARELHOS	RESPOSTA (1)
1. GELADEIRA	() _____
2. AR CONDICIONADO	() _____
3. FREEZER	() _____
4. CHUVEIRO ELÉTRICO	() _____
5. MÁQUINA DE LAVAR	() _____
6. APARELHO EM STAND BY	() _____
7. MICROONDAS	() _____
8. LÂMPADAS	() _____
9. OUTRO. QUAL?	() _____

CHAMADA: (1)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| (1) USO COMO ANTES DO RACIONAMENTO | (6) USO MAIS COMO PROTESTO |
| (2) USO MENOS DO QUE USAVA ANTES DO RACIONAMENTO | (7) NÃO TINHA ANTES, COMPREI DEPOIS |
| (3) CONTINUA DESLIGADO | (8) NÃO TENHO |
| (4) ME DESFIZ DESTE APARELHO | (9) OUTROS. QUAIS? |
| (5) TROQUEI POR OUTRO APARELHO MENOR E/OU MAIS EFICIENTRE | |

NOTA: O ESPAÇO NA SEGUNDA COLUNA DENTRO DA TABELA, DEVE SER PREENCHIDO CASO O ENTREVISTADO RESPONDA AO ÍTEM **(9) OUTROS** DENTRO DA CHAMADA; ESPECIFICANDO ASSIM A FINALIDADE DECLARADA.

12.7 – COMO O(A) SR.(A) IDENTIFICA NOS APARELHOS ELETRODOMÉSTICOS O SEU CONSUMO DE ENERGIA?

1. ETIQUETA
2. SELO PROCEL
3. NÃO SABE / NR
4. OUTROS

12.8 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 10 INDICA QUE O(A) SR.(A) CONSIDERA MUITO IMPORTANTE, E O PONTO 1, QUE O(A) SR.(A) CONSIDERA MUITO POUCO IMPORTANTE. AVALIE A IMPORTÂNCIA DOS SEGUINTE ATRIBUTOS NO ATO DE COMPRA DE UM ELETRODOMÉSTICO:

1. ____ MARCA OU MODELO/ FABRICANTE 2. ____ PREÇO
 3. ____ CONSUMO MENSAL DE ENERGIA 4. ____ RECOMENDAÇÃO DO VENDEDOR

12.9 – O(A) SR.(A) CONHECE OS SELOS PROCEL (ENCONTRADO EM LÂMPADAS E ELETRODOMÉSTICOS)? (**MOSTRAR SELO DO PROCEL**)

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

12.10 – SABE O QUE ELE REPRESENTA?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

12.11 – O(A) SR.(A) SABE O QUANTO PODE ECONOMIZAR MENSALMENTE OU ANUALMENTE COM ENERGIA COM A COMPRA DE PRODUTOS EFICIENTES?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

12.12 – COMO O(A) SR.(A) RECEBE INFORMAÇÕES SOBRE PRODUTOS EFICIENTES E DICAS SOBRE COMO ECONOMIZAR ENERGIA? QUAIS SÃO AS SUAS PRINCIPAIS FONTES?

1. TV 2. REVISTAS 3. JORNAIS
 4. INTERNET 5. CONTAS DE LUZ 6. AMIGOS
 7. NAS LOJAS, PELOS VENDEDORES 8. NÃO RECEBE INFORMAÇÕES
 9. OUTROS, QUAIS: _____ 10. NÃO SABE / NR

ADMITE RESPOSTAS MÚLTIPLAS

12.13 – COMO É O SEU ACESSO À INTERNET?

1. NÃO TEM 2. PRÓPRIO 3. ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA
 4. TRABALHO 5. AMIGOS 6. OUTROS, QUAIS: _____
 7. NÃO SABE / NR

12.14 – QUAIS AS EMPRESAS, ORGANIZAÇÕES OU ENTIDADES QUE TRABALHAM E DIVULGAM A ECONOMIA DE ENERGIA NO BRASIL E QUAL A MAIS IMPORTANTE DESSE SETOR PARA O(A) SR.(A)? (**ESPONTÂNEA**)

EMPRESA	CONHECIMENTO		MAIS IMPORTANTE
	SIM	NÃO	
CONCESSIONÁRIA			
ELETOBRÁS			
PROCEL			
ANEEL			
OUTRAS, QUAIS: _____			

13. SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

ESTE TÓPICO DEVE SER RESPONDIDO EM CONSIDERAÇÃO AOS DIAS ATUAIS.

SATISFAÇÃO GLOBAL

13.1 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE **VOCÊ ESTA MUITO INSATISFEITO(A) COM OS SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA** E O PONTO 10 QUE **VOCÊ ESTÁ MUITO SATISFEITO(A)**. GOSTARIA QUE VOCÊ AVALIASSE, DE MANEIRA GERAL, A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA _____ (CITAR NOME DA CONCESSIONÁRIA).

1. _____ NOTA DE AVALIAÇÃO

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

13.2 – VOCÊ JÁ TEVE ALGUM CONTATO COM A _____ (CITAR NOME DA CONCESSIONÁRIA), SEJA PARA RESOLVER ALGUM PROBLEMA OU PEDIR ALGUM SERVIÇO, OU NUNCA ENTROU EM CONTATO?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

DESCONFORMIDADE

13.3 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE O SERVIÇO PRESTADO PELA EMPRESA ESTÁ **MUITO PIOR QUE AQUELE QUE VOCÊ ESPERA** E O PONTO 10 QUE ESTÁ **MUITO MELHOR QUE AQUELE QUE VOCÊ ESPERA**. GOSTARIA QUE VOCÊ AVALIASSE, DE FORMA GERAL, A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA _____ (CITAR O NOME DA CONCESSIONÁRIA).

1. _____ NOTA DE AVALIAÇÃO

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

DISTÂNCIA DO IDEAL

13.4 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE A EMPRESA ESTÁ **MUITO LONGE DO IDEAL** E O PONTO 10 QUE ESTÁ **MUITO PRÓXIMA DO IDEAL**. GOSTARIA QUE VOCÊ AVALIASSE, PENSANDO NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE FORMA GERAL, COMO ESTÃO SENDO PRESTADOS PELA _____ (CITAR O NOME DA CONCESSIONÁRIA).

1. _____ NOTA DE AVALIAÇÃO

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

14. HORA DE TÉRMINO DA ENTREVISTA: _____ : _____

ANEXO 2

Questionário da Pesquisa de Posses e Hábitos de Consumo (Consumidores inadimplentes e fraudulentos)



RESID_IF
PESQUISA DE POSSE DE ELETRODOMÉSTICOS E HÁBITOS DE CONSUMO

QUESTIONÁRIO 1: RESIDENCIAL - BT

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 – Nº QUEST. _____

1.2 – ENTREVISTADOR: _____

1.3 – ENTREVISTADO: _____

1.3.1 O TITULAR DA CONTA DE LUZ MORA NA PROPRIEDADE? 1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

1.4 – ENDEREÇO: _____

1.5 – BAIRRO/CIDADE: _____ 1.6 – REGIÃO: _____

1.7 – TELEFONE: _____ 1.8 – DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1.9 – HORA DE INÍCIO DA ENTREVISTA: ____ : ____

1.10 – LISTE AS PESSOAS QUE MORAM NESTE DOMICÍLIO, ESPECIFICANDO GRAU DE PARENTESCO OU RELAÇÃO COM O(A) CHEFE DA FAMÍLIA, IDADE, SEXO, NÍVEL DE INSTRUÇÃO E PERÍODO HABITUAL DE PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO:

OBS.1: Hoje a terminologia é ensino fundamental (1ª a 8ª série) e ensino médio (1ª a 3ª série do 2º grau)

OBS.2: Criança de até 7 anos, é considerada no nível de instrução, como primário incompleto

MEMBRO	CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO (1)	IDADE	SEXO	NÍVEL DE INSTRUÇÃO (2)	PERÍODO HABITUAL DE PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO			
			F - 1 M - 2		M	T	N	MA
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

CHAMADA: (1)

- (1) CHEFE DA FAMÍLIA
 (2) CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)
 (3) FILHO

- (4) OUTRO PARENTE
 (5) AGREGADO
 (6) PENSIONISTA

- (7) EMPREGADO DOMÉSTICO
 (8) PARENTE DE EMPREGADO
 (9) HÓSPEDE

CHAMADA: (2)

- (1) ATÉ PRIMÁRIO INCOMPLETO
 (2) ATÉ GINASIAL INCOMPLETO
 (3) ATÉ COLEGIAL INCOMPLETO

- (4) ATÉ SUPERIOR INCOMPLETO
 (5) CURSO SUPERIOR COMPLETO
 (6) ANALFABETO

1.11 – O RELÓGIO (MEDIDOR) SERVE SÓ A ESTE DOMICÍLIO?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

1.12 – QUANTO TEMPO VOCÊS (FAMÍLIA) MORAM NESTE DOMICÍLIO? ANOS MESES

1.13 – QUAL O TEMPO APROXIMADO DE CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL? ANOS

2. CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

2.1 – TIPO DE DOMICÍLIO:

1. CASA 2. APARTAMENTO / ANDARES: _____ 3. OUTRO, QUAL:

CASO APARTAMENTO, OU OUTRO QUE NÃO POSSUA COBERTURA, VÁ PARA 2.3

2.2 – COBERTURA:

1. LAJE DE CONCRETO 2. TELHA DE BARRO 3. TELHA DE AMIANTO
 4. ZINCO 5. MADEIRA 6. PALHA
 7. MATERIAL APROVEIT. 8. OUTRO, QUAL: 9. NÃO SABE / NR

2.2.1 – A COBERTURA DO SEU DOMICÍLIO TEM FORRO?

1. SIM 2. NÃO

CASO NÃO, VÁ PARA 2.3

2.2.2 – SE HÁ, QUAL O TIPO?

1. FORRO DE PLÁSTICO/MATERIAL SINTÉTICO 2. FORRO DE MADEIRA
 3. LAJE PRÉ-MOLDADA COM BLOCOS CERÂMICOS 4. LAJE DE CONCRETO
 5. OUTRO, QUAL: 6. NÃO SABE / NR

2.3 – PAREDE EXTERNA:

1. ALVENARIA REVESTIDA EXTERNAMENTE 2. ALVENARIA REVESTIDA EXT/INT
 3. MADEIRA 4. PALHA
 5. MATERIAL APROVEIT. 6. TAIPA NÃO REVESTIDA
 7. OUTRO, QUAL: 8. NÃO SABE / NR

3. INFORMAÇÕES SOBRE ENERGIA ELÉTRICA

3.1 – NOS ÚLTIMOS 15 DIAS HOUVE FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA NESTA RESIDÊNCIA?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

3.2 – NESSA RESIDENCIA OCORREU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES:

OCORRÊNCIA	(1)
1. DUAS OU MAIS QUEIMAS DE LÂMPADAS	
2. DESLIGAMENTO/QUEIMA DE DISJUNTOR/FUSÍVEL	
3. REDUÇÃO DO NÍVEL DE ILUMINAÇÃO/QUEDA DE TENSÃO	
4. CHOQUE ELÉTRICO EM ELETRODOMÉSTICOS	
5. AQUECIMENTO DA PAREDE	
6. OCORRE OUTROS PROBLEMAS DE ENERGIA? QUAIS:	

CHAMADA: (1)

- (1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE / NR

3.3 – CASO A COMPANHIA DE ELETRICIDADE OFEREÇA ENERGIA ELÉTRICA MAIS BARATA FORA DO PERÍODO DE 18:00 ÀS 21:00 HORAS, O(A) SR.(A) ESTARIA DISPOSTO(A) A REDUZIR O CONSUMO DE ENERGIA NESTE PERÍODO? (ESPONTÂNEA)

1. SIM 2. DEPENDE DO DESCONTO
3. NÃO 4. NÃO SABE / NR

3.4 – E A ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA RUA É: (ESTIMULADA)

1. ÓTIMA 2. BOA 3. REGULAR
4. RUIM 5. PÉSSIMA 6. NÃO SABE / NR

3.5 – NA SUA OPINIÃO, A ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA CIDADE É: (ESTIMULADA)

1. ÓTIMA 2. BOA 3. REGULAR
4. RUIM 5. PÉSSIMA 6. NÃO SABE / NR

3.6 – NA SUA OPINIÃO, QUEM É O RESPONSÁVEL PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA DE SUA CIDADE?

1. PREFEITURA 2. GOVERNO 3. CONCESSIONÁRIA
4. OUTROS _____ 5. NÃO SABE / NR

4. ILUMINAÇÃO

4.1 – CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS DE USO:

TIPO DE CÔMODO	LÂMPADAS		QUANTIDADE DE LÂMPADAS ACESAS POR PERÍODO (EVENTUAL X HABITUAL)																									
	Total	Tipo (1)	E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Sala de estar, Jantar e TV																												
Quarto 1																												
Quarto 2																												
Quarto 3																												
Quarto 4																												
Banheiro 1																												
Banheiro 2																												
Banheiro 3																												
Corredores																												
Copa/Cozinha																												
Área de Serviço																												
Garagem																												
Área Externa																												
Outras																												

CHAMADA: (1)

(1) 25W – INCANDESCENTE

(2) 40W – INCANDESCENTE

(3) 60W – INCANDESCENTE

(4) 100W – INCANDESCENTE

(5) 150W – INCANDESCENTE

(6) 20W – FLUORESCENTE TUBULAR

(7) 40W – FLUORESCENTE TUBULAR

(8) FLUORESCENTE COMPACTA ATÉ 15W

(9) FLUORES. COMPACTA >15W

(10) FLUORESCENTE CIRCULAR

(11) DICRÓICA

(12) OUTRO

NOTA: (1) Na sala e na copa/cozinha deve ser verificada a potência na própria lâmpada, nos demais cômodos essa medida pode ser feita por declaração.

(2) Se não for possível identificar um horário habitual de uso marque um “X” apenas na coluna referente a uso eventual “E”.

4.2 – VOCÊ CONHECE AS LÂMPADAS FLUORESCENTES? (MOSTRAR CARTÃO 9)

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

DAR INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE AS L.F.C.'s**4.3 – QUAL A TONALIDADE DE ILUMINAÇÃO PREFERIDA PARA SUA RESIDÊNCIA?**

1. BRANCA 2. AMARELADA 3. DEPENDE DO CÔMODO
4. OUTRAS 5. NÃO SABE / NR

5. REFRIGERADOR**5.1 – CARACTERÍSTICAS**

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO (1)	UTILIZAÇÃO (2)	POSIÇÃO / INTENSIDADE DO TERMOSTATO (3)	ESTIMATIVA DE IDADE DO APARELHO (em anos)	PROBLEMAS OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES (4)
	REFRIGERADOR				
1					
2					
3					

CHAMADA: (1) VEJA NO CARTÃO 1

CHAMADA: (2) (1) USO PERMANENTE (3) USO PARTE DO DIA
(2) DESLIGADO (4) SÓ LIGADO EVENTUALMENTE

CHAMADA: (3) (1) MÍNIMO (2) MÉDIO (3) MÁXIMO

CHAMADA: (4) (1) MOTOR COM DEFEITO OU RUÍDO EXCESSIVO
(2) PORTA COM DIFICULDADE PARA FECHAR
(3) CONGELADOR FAZENDO GELO DE MAIS OU DE MENOS
(4) OUTROS PROBLEMAS

OBS.: A CHAMADA (4) ADMITE RESPOSTAS MÚLTIPLAS

5.2 – DO(S) REFRIGERADOR(ES) ACIMA CITADO(S), ADQUIRIU ALGUM NOVO (NA LOJA) NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS?

1. SIM, QUANTOS? _____
2. NÃO 3. NÃO SABE / NR

SE NÃO OU NÃO SABE /NR, VÁ PARA O ITEM 6

5.3 – NESSA AQUISIÇÃO LEVOU EM CONSIDERAÇÃO O CONSUMO DO APARELHO MOSTRADO NA ETIQUETA AO ADQUIRÍ-LO?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO LEMBRA
4. NÃO TINHA 5. NÃO SABIA DA EXISTÊNCIA DE ETIQUETA

7.2 – HÁBITOS DE USO DE ACORDO COM O CLIMA NOS DIAS DE SEMANA E FINAIS DE SEMANA.

Nº DO AP.	USA O APARELHO NO CLIMA.....? (MARQUE UM "X")	GRAU DE UTIL (1)	TEMPO DE USO POR PERÍODO (marque um "X")																							
			E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
2	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
3	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									
	QUENTE ()																									
	AMENO ()																									
	FRIO ()																									

- CHAMADA: (1)** (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: DEVE SER EXCLUÍDO O PERÍODO EM QUE O CONDICIONADOR É UTILIZADO APENAS NA VENTILAÇÃO.
 NOTA.2: A COLUNA REFERENTE AO CLIMA, APRESENTA TEMPERATURAS ASSOCIADAS ÀS ESTAÇÕES DO ANO; COMO POR EXEMPLO: QUENTE – VERÃO / AMENO – PRIMAVERA OUTONO / FRIO – INVERNO.

8. TELEVISÃO

8.1 – CARACTERÍSTICAS:

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO		ESTIMATIVA DE IDADE DO APARELHO (em anos)	GRAU DE UTILIZAÇÃO (2)	STAND BY	
	MARCA (1)	TAMANHO (POLEGADAS)			SIM	NÃO
1						
2						
3						
4						
5						

- CHAMADA: (1)** **VEJA NO CARTÃO 5**
CHAMADA: (2) (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: A ÚLTIMA COLUNA SE REFERE À POSIÇÃO DO APARELHO QUANDO O MESMO SE ENCONTRA DESLIGADO, OU SEJA, SE O ENTREVISTADO O DEIXA EM STAND-BY OU NÃO.

8.2 – HORÁRIOS DE USO DOS APARELHOS DE TV DE ACORDO COM O DIA DA SEMANA.

DIAS	Nº REF	HORÁRIOS DE USO DOS APARELHOS DE TV (marque um “X”)																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
DIAS DE SEMANA	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
SÁBADO	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
DOMINGO	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								

9. OUTROS ELETRODOMÉSTICOS

9.1 – POSSES E HÁBITOS DE USO:

APARELHO	QUANT	UTIL. (1)	STAND BY		APARELHO	QUANT	UTIL. (1)	STAND BY	
			S	N				S	N
APARELHO DE SOM					16. CAFETEIRA ELÉTRICA				
RÁDIO ELÉTRICO					17. PANELA ELÉTRICA				
VIDEO CASSETE					18. EXAUSTOR				
DVD					19. VENTILADOR DE TETO				
MICROCOMPUTADOR					20. CIRCULADOR / VENTILADOR				
IMPRESSORA					21. AQUECEDOR DE AMBIENTE				
VIDEO GAME					22. ENCERADEIRA				
8. FERRO					23. ASPIRADOR DE PÓ				
9. LAVA ROUPA					24. BOMBA D'ÁGUA				
10. LAVA LOUÇA					25. TORNEIRA ELÉTRICA				
11. SECADORA DE ROUPA					26. HIDROMASSAGEM				
12. FORNO MICROONDAS					27. VAPORETTO				
13. FORNO ELÉTRICO					28. VAP (PRESSUR. DE ÁGUA)				
14. LIQUIDIFICADOR					29. MÁQUINA DE COSTURA ELÉT.				
15. BATEDEIRA					30. TV POR ASSINATURA				

- CHAMADA: (1)** (1) GRANDE – UTILIZA MAIS DE 4 VEZES POR SEMANA
 (2) MÉDIA – DE 1 A 3 VEZES POR SEMANA
 (3) REGULAR – DE 1 A 3 VEZES POR MÊS
 (4) PEQUENA – MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
 (5) NENHUMA – NÃO UTILIZA

NOTA: A ÚLTIMA COLUNA SE REFERE À POSIÇÃO DO APARELHO QUANDO O MESMO SE ENCONTRA DESLIGADO, OU SEJA, SE O ENTREVISTADO O DEIXA EM STAND-BY OU NÃO.
 NOTA.2: SE NO DOMICÍLIO HOUVER OUTRO(S) EQUIPAMENTO(S) COM O USO PELO MENOS “REGULAR” – 1 A 3 VEZES POR MÊS – ELE DEVE SER INCLUÍDO NA LISTA.

9.2 – HORÁRIOS DE USO DO:

- | | | |
|---------------------|---------------------|------------------------|
| (1) APARELHO DE SOM | (2) MICROCOMPUTADOR | (3) FERRO ELÉTRICO |
| (4) LAVA ROUPA | (5) LAVA LOUÇA | (6) SECADOURA DE ROUPA |
| (7) MICROONDAS | (8) FORNO ELÉTRICO | (9) TORNEIRA ELÉTRICA |

HORÁRIO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS X DIAS DA SEMANA						
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOTA: NOS ESPAÇOS DEVEM SER COLOCADOS OS NÚMEROS REFERENTES AOS EQUIPAMENTOS.

10. AQUECIMENTO DE ÁGUA PARA BANHO

10.1 – NESTA RESIDÊNCIA, COMO É REALIZADO O AQUECIMENTO DA ÁGUA PARA O BANHO?

AQUECIMENTO ELÉTRICO

1. CHUVEIRO ELÉTRICO
2. AQUECEDOR DE PASSAGEM (KDT)
3. BOILER
4. AQUECIMENTO CENTRAL

AQUECIMENTO A GÁS

5. GÁS DE RUA
6. GLP (GÁS DE BOTIJÃO)
7. BOILER
8. AQUECIMENTO CENTRAL

9. AQUECEDOR SOLAR

10. NÃO AQUECE (BANHO FRIO)

11. NÃO SABE / NR

12. OUTRAS FORMAS DE AQUECIMENTO QUAL: _____

OBS.: ESTA QUESTÃO ADMITE RESPOSTAS MÚLTIPLAS

CHUVEIRO ELÉTRICO

(PREENCHA CASO POSSUA)

10.2 – CARACTERÍSTICAS:

Nº REFERÊNCIA DO APARELHO	TIPO DE APARELHO (1)	Nº DE PESSOAS QUE USAM	POSIÇÃO EM QUE SE ENCONTRA A CHAVE DO APARELHO			DURANTE OS MESES DE INVERNO A CHAVE FICA NA POSIÇÃO		
	CHUVEIRO		VERÃO	INVERNO	DESLIGADA	VERÃO	INVERNO	DESLIGADA
1								
2								
3								

CHAMADA: (1) VEJA NO CARTÃO 3

10.3 – HÁBITOS DE USO DO CHUVEIRO ELÉTRICO NOS DIAS DE SEMANA.

Nº REF	NÚMERO DE PESSOAS QUE USAM O CHUVEIRO ELÉTRICO NOS HORÁRIOS																							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1																								
2																								
3																								

NOTA: OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM O **NÚMERO DE PESSOAS** QUE USAM O CHUVEIRO ELÉTRICO NOS HORÁRIOS CORRESPONDENTES, ADMITINDO A POSSIBILIDADE DE UM INDIVÍDUO TOMAR MAIS DE UM BANHO POR DIA.

11. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

11.1 – ITENS DE CONFORTO FAMILIAR:

ITENS	QUANTIDADE	
BANHEIRO		
AUTOMÓVEL		ANO:
EMPREGADA DOMÉSTICA		SALÁRIO:

(SOMENTE PARA OS QUE POSSUEM AUTOMÓVEL – 11.1.1)

11.1.1 – UTILIZA O GNV (GÁS NATURAL VEICULAR) COMO COMBUSTÍVEL DO SEU AUTOMÓVEL?

1. SIM, EM QTS? _____
2. NÃO, POIS ACHO INEFICIENTE
3. NÃO, POIS ACHO O CUSTO CARO
4. NÃO, POIS ACHO A INFRA-ESTRUTURA PRECÁRIA
5. NÃO, POIS ACHO PERIGOSO
6. NÃO, OUTROS MOTIVOS: _____
7. NÃO CONHEÇE
8. NÃO SABE / NR

11.2 – RENDA FAMILIAR (Piso nacional de salários)

1. <1
2. 1 a 2
3. 2 a 3
4. 3 a 4
5. 4 a 5
6. 5 a 7
7. 7 a 10
8. 10 a 15
9. 15 a 20
10. 20 a 30
11. 30 a 40
12. >40
13. NÃO SABE / NR

11.3 – NESTE DOMICÍLIO É FEITO ALGUM TIPO DE TRABALHO PARA SER COMERCIALIZADO? (VEJA NO **CARTÃO 7**)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CASO NÃO SEJA FEITO NENHUM TIPO DE TRABALHO COM FIM COMERCIAL, VÁ PARA O ITEM 11.5.

11.4 – QUAIS SÃO OS EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS UTILIZADOS NESTE(S) TRABALHO(S)? (IDENTIFIQUE OS EQUIPAMENTOS NO **CARTÃO 6**)

--	--	--	--

11.5 – REGIÃO DO DOMICÍLIO:

1. LUXO
2. CLASSE MÉDIA ALTA
3. CLASSE MÉDIA BAIXA
4. POBRE
5. NÃO SABE / NR

11.6 – PRÓXIMO À FAVELA:

1. SIM 2. NÃO 3. NA FAVELA 4. NÃO SABE / NR

11.7 – COMO O(A) SR.(A) CLASSIFICARIA O PESO DA CONTA DE LUZ NO SEU ORÇAMENTO FAMILIAR? (ESTIMULADA)

1. MUITO PESADO 2. PESADO 3. MAIS OU MENOS PESADO
4. POUCO PESADO 5. NADA PESADO 6. NÃO SABE / NR

11.8 – DÊ UMA NOTA DE 0 A 10, COMPARANDO OS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS SEGUINTE EMPRESAS:

EMPRESA DE ÁGUA		EMPRESA DE TELEFONIA		EMPRESA DE ENERGIA		NÃO SABE/NÃO CONHECE	
--------------------	--	-------------------------	--	-----------------------	--	-------------------------	--

11.9 - ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE O(A) SR.(A) ACHA O PREÇO PAGO PELA ENERGIA ELÉTRICA MUITO BARATO E, O PONTO 10, QUE O(A) SR.(A) ACHA O PREÇO MUITO CARO. AVALIE OS SEGUINTE PONTOS:

ITENS	AVALIAÇÃO
1) PREÇO PAGO PELA ENERGIA ELÉTRICA	
2) CUSTO COM ENERGIA ELÉTRICA, CONSIDERANDO OS BENEFÍCIOS QUE ELA LHE OFERECE. COMO POR EXEMPLO, CONFORTO, COMODIDADE E SEGURANÇA	

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

12. PESQUISA DE OPINIÃO

12.1 – O SR.(A) JÁ ATRASOU O PAGAMENTO DA CONTA DE LUZ ALGUMA VEZ ?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

12.2 – SE SIM, POR QUANTOS MESES ? _____

12.3 – HOUVE CORTE DE ENERGIA DEVIDO AO ATRASO NO PAGAMENTO ?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

12.4 – COMO O SR.(A) QUITOU O DÉBITO ?

1. À VISTA 2. PARCELADO 3. FOI PERDOADO PELA CONCESSIONÁRIA
4. AINDA NÃO QUITOU 5. NÃO SABE

DESCONFORMIDADE

13.3 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE O SERVIÇO PRESTADO PELA EMPRESA ESTÁ **MUITO PIOR QUE AQUELE QUE VOCÊ ESPERA** E O PONTO 10 QUE ESTÁ **MUITO MELHOR QUE AQUELE QUE VOCÊ ESPERA**. GOSTARIA QUE VOCÊ AVALIASSE, DE FORMA GERAL, A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA _____ (CITAR O NOME DA CONCESSIONÁRIA).

1. _____ NOTA DE AVALIAÇÃO

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

DISTÂNCIA DO IDEAL

13.4 – ADOTANDO UMA ESCALA DE 10 PONTOS, ONDE O PONTO 1 INDICA QUE A **EMPRESA ESTÁ MUITO LONGE DO IDEAL** E O PONTO 10 QUE **ESTÁ MUITO PRÓXIMA DO IDEAL**. GOSTARIA QUE VOCÊ AVALIASSE, PENSANDO NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE FORMA GERAL, COMO ESTÃO SENDO PRESTADOS PELA _____ (CITAR O NOME DA CONCESSIONÁRIA).

1. _____ NOTA DE AVALIAÇÃO

NOTA: 11 – NÃO SABE AVALIAR 12 – NÃO RESPONDEU

14. HORA DE **TÉRMINO** DA ENTREVISTA: _____ : _____