

## Módulo I - Cobertura de Plano de Saúde

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde.

**I1.** \_\_\_\_\_ tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?

1. Sim
2. Não

**I001**

**(Se I1=2 passe ao módulo J.)**

**I2.** \_\_\_\_\_ tem quantos planos de saúde (médico ou odontológico) particular, de empresa ou órgão público?

**I002**

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**(siga I3)**

**I3.** \_\_\_\_\_ tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?

1. Sim
2. Não

**I003**

**(Se I2=1, siga I4. Se I2>1, leia o texto: Para as questões seguintes, considere o plano de saúde principal.)**

**I4.** O plano de saúde (único ou principal) que \_\_\_\_\_ possui é de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar)?

1. Sim
2. Não

**I004**

**(siga I5)**

**I5.** Há quanto tempo sem interrupção \_\_\_\_\_ possui esse plano de saúde?

1. Até 6 meses
2. Mais de 6 meses até 1 ano
3. Mais de 1 ano até 2 anos
4. Mais de 2 anos

**I005**

**(siga I6)**

**I6.** \_\_\_\_\_ considera este plano de saúde:

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Nunca usou o plano de saúde

**I006**

**(siga I7)**

**I7.** Quem é o titular do plano de saúde de \_\_\_\_\_?

1. Número de ordem do titular |\_\_|\_\_| **I007**

2. Titular não morador **I00701**

**(I7=2, passe ao módulo I12.)**

**I8.** \_\_\_\_\_ tem alguém que não mora neste domicílio como dependente ou agregado neste plano de saúde?

1. Sim

2. Não

**I008**

**(Se I8=1, siga I9. Se I8=2, passe ao I10.)**

**I9.** Quantas pessoas que não moram neste domicílio \_\_\_\_\_ tem como dependentes ou agregados no plano de saúde?

|\_\_|\_\_|

**I009**

**(siga I10)**

**I10.** Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?

1. Somente o empregador do titular

2. O titular, através do trabalho atual

3. O titular, através do trabalho anterior

4. O titular, diretamente ao plano

5. Outro morador do domicílio

6. Pessoa não moradora do domicílio

**I01001**

7. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**(Se I10=2, 3, 4 ou 5, siga I11. Se I10=1, 6 ou 7, passe ao I12.)**

**I11.** Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde?

1. Menos de R\$50,00

2. De R\$50,00 a menos de R\$100,00

3. De R\$100,00 a menos de R\$200,00

4. De R\$200,00 a menos de R\$300,00

5. De R\$300,00 a menos de R\$500,00

6. De R\$500,00 a menos de R\$1000,00

7. R\$1000,00 e mais

**I011**

**I12.** O informante desta parte foi:

1. A própria pessoa

2. Outro morador |\_\_|\_\_|

**I012**

3. Não morador

**I01201**

**(Encerre o módulo. Passe ao módulo J.)**