

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

061203761-43

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1 - Inclusão  2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

1 - Fora do domicílio

2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

0 - Principal

1 - Avulso 1

2 - Avulso 2

3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

4 - Pessoa em situação de rua (FS2)

5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

02/03/2026

## Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)

PAJUCARA

1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)

RUA

1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)

**1.14 - Nome****DAS MARAVILHAS****1.15 - Número****00000000000000103****1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****61.932-565****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****PROXIMO AO CEMITERIO DA PAJUCARA****Entrevistador****1.21 - Nome****RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.22 - CPF****5810171370****1.23 - Observações****ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE MUDANCA DE ESCOLA****Características do domicílio**

2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:

- 1 - Urbanas     2 - Rurais

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?

Cimento

2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?

- 1 - Sim     2 - Não

2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?

- 1 - Sim     2 - Não

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?

- 1 - Total     2 - Parcial  
 3 - Não Existe

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

- 1 - Particular Permanente  
 2 - Particular improvisado  
 3 - Coletivo

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?

1

2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?

Alvenaria/tijolo com revestimento

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

Outra forma

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

Fossa rudimentar

2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?

Elétrica sem medidor

## Família

3.01 - A família é

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

	Faixa etária	Quantidade	
1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 55</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 200</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<b>R\$ 400</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<b>R\$ 200</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

2372169 - USF PREFEITO ANASTACIO SOARES DE LIMA

3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

23076506632 - CRAS JARDIM BANDEIRANTES

3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos

1 - Sim  2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim  2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

AURINEIDE DA SILVA BARBOSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20044552933

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

31/05/1971

4.07 - Relação de parentesco de AURINEIDE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

## 4.08 - Cor ou raça

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

## 4.11- Onde AURINEIDE nasceu?

1 - Neste município     2 - Em outro município     3 - Em outro país

## 4.12 - Em que estado AURINEIDE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município AURINEIDE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro AURINEIDE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de AURINEIDE foi registrado em cartório de registro civil?

1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento     3 - Não  
 4 - Não sabe

## 4.16- Deseja informar o gênero de AURINEIDE ?

1 - Sim     2 - Não

## 4.17-AURINEIDE é pessoa trans ou travesti ?

Sim, a pessoa é trans     Sim, a pessoa é travesti     Não

## 4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de AURINEIDE?

Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

### 5.01 - Tipo e dados da certidão

#### a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

#### b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

0000000890900100189

29/12/2014

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

27221

2 - Série

30

3 - Data da emissão

03/01/1992

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

38777020795

2 - Zona

104

3 - Seção

40

## Pessoa com deficiência

6.01 - AURINEIDE tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que AURINEIDE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

**6.03 - Em função dessa deficiência AURINEIDE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - AURINEIDE sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim     2 - Não

**7.02 - AURINEIDE frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que AURINEIDE frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim     2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que AURINEIDE frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que AURINEIDE frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que AURINEIDE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário), P

7.10 - Qual foi o último ano/série que AURINEIDE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Quarto(a)

7.11 - AURINEIDE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada AURINEIDE trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada AURINEIDE estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que AURINEIDE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal AURINEIDE era:

8.05 - No mês passado AURINEIDE recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

8.06 - AURINEIDE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por AURINEIDE nesse período?

8.09 - Quanto AURINEIDE recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

MARIA MARCINEIDE DA SILVA PORTELA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

20044552917

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

19/09/1995

4.07 - Relação de parentesco de MARIA com a pessoa responsável  
pela unidade familiar - RF

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

AURINEIDE DA SILVA BARBOSA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

CARLOS MARCELO PORTELA

2 - Não sabe

4.11- Onde MARIA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado MARIA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município MARIA nasceu?

2 - Não sabe

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MARIA foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe  3 - Não

4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

82372290728

104

36

## Pessoa com deficiência

**6.01 - MARIA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

1 - Sim  2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual   |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                    |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

**6.03 - Em função dessa deficiência MARIA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado       | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                                      |

## Escolaridade

**7.01 - MARIA sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

**7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que MARIA frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que MARIA frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que MARIA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

7.10 - Qual foi o último ano/série que MARIA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Nono(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada MARIA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que MARIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:

8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARIA nesse período?

8.09 - Quanto MARIA recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Fontes de renda

## Valor

2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

## 4.01 - Número de ordem

## 4.02 - Nome completo

## 4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

## 4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

08/09/1997

## 4.07 - Relação de parentesco de MARCILANE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Filho(a)

## 4.08 - Cor ou raça

Parada

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

AURINEIDE DA SILVA BARBOSA

2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

CARLOS MARCELO PORTELA

2 - Não sabe

## 4.11- Onde MARCILANE nasceu?

- 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

## 4.12 - Em que estado MARCILANE nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município MARCILANE nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro MARCILANE nasceu?

2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de MARCILANE foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  
 4 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de MARCILANE ?**

1 - Sim     2 - Não

**4.17-MARCILANE é pessoa trans ou travesti ?**

Sim, a pessoa é trans     Sim, a pessoa é travesti     Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARCILANE?**

Feminina     Masculina     Não binário(a)

**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

1 - Nascimento     2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados****1 - Nome do cartório****2 - Data do registro****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

7057398301

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número**

000000000200798034

**2 - Complemento****3 - Data da emissão**

08/09/2011

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5 - Sigla do órgão emissor**

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número**

7124811

**2 - Série**

40

**3 - Data da emissão**

08/08/2014

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número**

85507900736

**2 - Zona**

104

**3 - Seção**

311

**Pessoa com deficiência**

**6.01 - MARCILANE tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

1 - Sim  2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARCILANE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

**6.03 - Em função dessa deficiência MARCILANE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - MARCILANE sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

**7.02 - MARCILANE frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que MARCILANE frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

1 - Sim  2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado****2 - Município****7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche** 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que MARCILANE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que MARCILANE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que MARCILANE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,****7.10 - Qual foi o último ano/série que MARCILANE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Segundo(a)****7.11 - MARCILANE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada MARCILANE trabalhou?** 1 - Sim  2 - Não**8.02 - Na semana passada MARCILANE estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?** 1 - Sim  2 - Não

**8.03 - Esse trabalho principal que MARCILANE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

1 - Sim  2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal MARCILANE era:**

**8.05 - No mês passado MARCILANE recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

**8.06 - MARCILANE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

1 - Sim  2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARCILANE nesse período?**

**8.09 - Quanto MARCILANE recebe, normalmente, por mês de:**

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Fontes de renda

## Valor

5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
---	--	----------------------	---

## Identificação da pessoa

## 4.01 - Número de ordem

## 4.02 - Nome completo

## 4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

## 4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

## 4.07 - Relação de parentesco de THALLYS com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

## 4.08 - Cor ou raça

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde THALLYS nasceu?** 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país**4.12 - Em que estado THALLYS nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município THALLYS nasceu?** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro THALLYS nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de THALLYS foi registrado em cartório de registro civil?** 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe**4.16- Deseja informar o gênero de THALLYS ?** 1 - Sim  2 - Não**4.17-THALLYS é pessoa trans ou travesti ?** Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de THALLYS?** Feminina  Masculina  Não binário(a)**Documentos**

**5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

- 1 - Nascimento     2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados****1 - Nome do cartório****CARTORIO ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****03/10/2014****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552014100043072003134777****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****9775477360****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor**

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - THALLYS tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)** 1 - Sim  2 - Não**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que THALLYS tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

**6.03 - Em função dessa deficiência THALLYS recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não
- 2 - Sim, de alguém da família
- 3 - Sim, de cuidador especializado
- 4 - Sim, de vizinho
- 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

**7.01 - THALLYS sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

**7.02 - THALLYS frequenta escola ou creche?**

Sim, rede pública

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que THALLYS frequenta?**

23080914 - MARIA PEREIRA DA SILVA EMEF

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim  2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

CEARA

**2 - Município**

MARACANAU

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

23080914

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que THALLYS frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

7.08 - Qual é o ano/série que THALLYS frequenta?

Sexto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que THALLYS frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

7.10 - Qual foi o último ano/série que THALLYS concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - THALLYS concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada THALLYS trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada THALLYS estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que THALLYS exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal THALLYS era:

8.05 - No mês passado THALLYS recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

8.06 - THALLYS teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por THALLYS nesse período?

8.09 - Quanto THALLYS recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

5

4.02 - Nome completo

ISRAEL LEVY PORTELA DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

23777939036

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

 1 - Masculino 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

01/02/2017

4.07 - Relação de parentesco de ISRAEL com a pessoa responsável  
pela unidade familiar - RF

Neto(a) ou bisneto(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA MARCINEIDE DA SILVA PORTELA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

REGIVALDO SILVA DE OLIVEIRA

 2 - Não sabe

4.11- Onde ISRAEL nasceu?

 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado ISRAEL nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ISRAEL nasceu?

 2 - Não sabe

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ISRAEL nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ISRAEL foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe  
 3 - Não

4.16- Deseja informar o gênero de ISRAEL ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-ISRAEL é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de ISRAEL?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

## Pessoa com deficiência

**6.01 - ISRAEL tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

- 1 - Sim  2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que ISRAEL tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                           |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                             |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental                     |

**6.03 - Em função dessa deficiência ISRAEL recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                                      |

## Escolaridade

**7.01 - ISRAEL sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

**7.02 - ISRAEL frequenta escola ou creche?**

**Sim, rede pública**

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ISRAEL frequenta?

EMEIEF BENEDITO GOMES DA SILVA

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ISRAEL frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

7.08 - Qual é o ano/série que ISRAEL frequenta?

Quarto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ISRAEL frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

7.10 - Qual foi o último ano/série que ISRAEL concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - ISRAEL concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ISRAEL trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada ISRAEL estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que ISRAEL exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ISRAEL era:

8.05 - No mês passado ISRAEL recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

8.06 - ISRAEL teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por ISRAEL nesse período?

8.09 - Quanto ISRAEL recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Fontes de renda

## Valor

2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

15/07/2020

## 4.07 - Relação de parentesco de MARIA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Neto(a) ou bisneto(a)

## 4.08 - Cor ou raça

Parada

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA MARCINEIDE DA SILVA PORTELA

2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

FRANCISCO RAFAEL DO NASCIMENTO BARBOSA

2 - Não sabe

## 4.11- Onde MARIA nasceu?

- 1 - Neste município     2 - Em outro município     3 - Em outro país

## 4.12 - Em que estado MARIA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município MARIA nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?

2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de MARIA foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento     3 - Não  
 4 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?**

Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?**

Feminina  Masculina  Não binário(a)

**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

1 - Nascimento  2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados****1 - Nome do cartório**

CARTORIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCAR

**2 - Data do registro**

16/07/2020

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

15411201552020100016095000459595

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - MARIA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

1 - Sim  2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                           |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                             |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental                     |

**6.03 - Em função dessa deficiência MARIA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                                      |

## Escolaridade

**7.01 - MARIA sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

**7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?**

Sim, rede pública

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que MARIA frequenta?**

APRENDER PENSANDO EMEIEF

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

1 - Sim  2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

CEARA

**2 - Município**

MARACANAU

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

23177640

2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta**

Pré-escola (exceto CA),

**7.08 - Qual é o ano/série que MARIA frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que MARIA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que MARIA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?**

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?**

1 - Sim

2 - Não

**8.02 - Na semana passada MARIA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?**

1 - Sim

2 - Não

**8.03 - Esse trabalho principal que MARIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:**

**8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

**8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

1 - Sim     2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARIA nesse período?**

**8.09 - Quanto MARIA recebe, normalmente, por mês de:**

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	R\$ 1.621	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

985333379

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo

Não declarado

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

## c) Email

Tipo

Não declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

 1 - Sim 2 - Não

## Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

 1 - Sim 2 - Não

10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

## Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

061203761-43

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

 1 - Inclusão 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

 1 - Fora do domicílio 2 - Em domicílio 3 - Impossibilidade em domicílio

1.10 - Data da entrevista

02/03/2026

## Entrevistador

### 1.11 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

### 1.12 - CPF

5810171370

### 1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE MUDANCA DE ESCOLA

## Vinculação a programas e serviços

**2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.**

Este quesito admite múltipla marcação.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos  |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)  |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS  |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum   |

**2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?**

- 1 - Sim  2 - Não

**2.03 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social

- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

a) Nº de ordem da pessoa

1 - AURINEIDE DA SILVA BARE

b) Código da unidade consumidora

8294469

**2.05 - Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente      | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo   |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas   | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)   |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva   |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente  | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI  |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano   | <input type="checkbox"/> 24 - Nenhum   |

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

**2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?**

**0 - Nenhuma**