

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****043043817-68****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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

**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****09/12/2025**

## Endereço da família

**1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****ALTO ALEGRE I****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****16****1.15 - Número****000000000000427****1.18 - CEP**

**1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)**

**1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)**

**61.922-150**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**VILA DO VALDIVINO**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**BRUNA PEREIRA LEAL**

**1.22 - CPF**

**899460305**

**1.23 - Observações**

**INCLUSAO DE WALLACE BENTO OLIVEIRA MARIANO E EXCLUSAO ANTONIA  
ELENILDA DA SILVA MARIANO**

**Características do domicílio**

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

1 - Urbanas

2 - Rurais

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**



1 - Particular Permanente



2 - Particular improvisado

3 - Coletivo**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?****5****2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?****Cerâmica, lajota ou pedra****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****2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?****Rede geral de distribuição****2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?****Fossa rudimentar****2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**

1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

1 - Sim



2 - Não

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

**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?**

**2**

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

**1**

(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="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

Tipo de despesa	Valor
-----------------	-------

<b>Tipo de despesa</b>		<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	R\$ 110	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 85	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 58	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 350	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular		<input checked="" 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:**

**3775402 - USF LUIZ DE QUEIROZ UCHOA**

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

**23076534641 - CRAS ACARACUZINHO**

**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**

**ELIDA DA SILVA MARIANO**

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

**16086902594**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**11/10/1992**

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

**4.08 - Cor ou raça**

**Branca**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ANTONIA ELENILDA DA SILVA MARIANO** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****EVERARDO DA SILVA MARIANO** 2 - Não sabe**4.11- Onde ELIDA nasceu?** 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país**4.12 - Em que estado ELIDA nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ELIDA nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ELIDA nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ELIDA 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 ELIDA ?** 1 - Sim 2 - Não**4.17-ELIDA 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 ELIDA?** 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

REGISTRO CIVIL

##### 2 - Data do registro

28/12/1993

##### 3 - Número do livro

119A

##### 4 - Número da folha

184

##### 5 - Número do termo/RANI

00019255

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

FORTALEZA

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

4781458378

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

##### 1 - Número

8009251169

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

22/10/2008

##### 4 - Estado emissor

CEARA

##### 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2882087****2 - Série****30****3 - Data da emissão****24/12/2009****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****77861400701****2 - Zona****122****3 - Seção****187****Pessoa com deficiência**

**6.01 - ELIDA 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 ELIDA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência ELIDA 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 - ELIDA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Sim, rede particular**

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

**UNICESSUMAR**

**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 ELIDA frequenta

**Superior, Aperfeiçoamento, Especializaçã**

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ELIDA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ELIDA trabalhou?

- 1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada ELIDA 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 ELIDA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim  2 - Não

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - ELIDA 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 ELIDA nesse período?**

**8.09 - Quanto ELIDA 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
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****ANTONIA ELENILDA DA SILVA MARIANO****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****12126484620****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****05/05/1962****4.07 - Relação de parentesco de ANTONIA com a pessoa responsável  
pela unidade familiar - RF****Pai ou mãe****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****MARIA DO CARMO DA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****VALDIVINO CARLOS DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ANTONIA nasceu?**

- 1 - Neste município

- 2 - Em outro município

- 3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado ANTONIA nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ANTONIA nasceu?** 2 - Não sabe

## BOA VIAGEM

4.14 - Em que país estrangeiro ANTONIA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANTONIA 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 ANTONIA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-ANTONIA 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 ANTONIA?

- 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

JEREISSATI

2 - Data do registro

10/01/1985

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

47

112

00005194

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

38914948315

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

000000000940200540

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

21/10/2020

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5 - Sigla do órgão emissor**

SSP

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

85273

**2 - Série**

8

**3 - Data da emissão**

22/03/1982

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

3485000752

122

43

## Pessoa com deficiência

**6.01 - ANTONIA 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 ANTONIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input checked="" 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 ANTONIA 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 checked="" type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                |

## Escolaridade

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

**7.08 - Qual é o ano/série que ANTONIA frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1<sup>º</sup> ciclo (Ginásia)**

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

**Oitavo(a)**

**7.11 - ANTONIA concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim  2 - Não

**8.02 - Na semana passada ANTONIA 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 ANTONIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ANTONIA 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 ANTONIA nesse período?**

**8.09 - Quanto ANTONIA 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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<b>R\$ 1.518</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

**CLAUDIO LEIBERSON PEREIRA FERREIRA**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

**16206004776**

4.04 - Apelido/Nome social

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****10/06/1989****4.07 - Relação de parentesco de CLAUDIO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Cônjugue ou companheiro(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****LINDELVANIA PEREIRA FERREIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO CLAUDIO SILVA FERREIRA** 2 - Não sabe**4.11- Onde CLAUDIO nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado CLAUDIO nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município CLAUDIO nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro CLAUDIO nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de CLAUDIO 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 sabe

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

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17- CLAUDIO 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 CLAUDIO?**

- 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****1847552390****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****000000000030091600****2 - Complemento****3 - Data da emissão****07/07/2006****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****779830****2 - Série****20****3 - Data da emissão****26/10/2006****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****77853280787****2 - Zona****122****3 - Seção****60****Pessoa com deficiência****6.01 - CLAUDIO 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 CLAUDIO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência CLAUDIO 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 - CLAUDIO sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - CLAUDIO frequenta escola ou creche?**

**Não, já frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CLAUDIO 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 CLAUDIO frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que CLAUDIO frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CLAUDIO 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 CLAUDIO concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Primeiro(a)****7.11 - CLAUDIO concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada CLAUDIO trabalhou?** 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada CLAUDIO 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 CLAUDIO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim  2 - Não

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

**8.05 - No mês passado CLAUDIO recebeu remuneração de trabalho?**

**(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**



0 - Não recebeu

**8.06 - CLAUDIO 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 CLAUDIO nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

### 4.01 - Número de ordem

4

### 4.02 - Nome completo

WALLACE BENTO OLIVEIRA MARIANO

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

21493180632

### 4.04 - Apelido/Nome social

### 4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

### 4.06 - Data de nascimento

04/10/2025

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

**Filho(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Branca**

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

**ELIDA DA SILVA MARIANO**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**FRANCISCO ICARO DA SILVA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde WALLACE nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado WALLACE nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município WALLACE nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro WALLACE nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de WALLACE 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 WALLACE ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-WALLACE 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 WALLACE?**

- 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**

ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

06/10/2025

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

01553701552025100112159005566311

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****13400933325****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 - WALLACE 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 WALLACE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência WALLACE 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 - WALLACE sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - WALLACE frequenta escola ou creche?****Nunca frequentou****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que WALLACE 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 WALLACE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que WALLACE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que WALLACE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que WALLACE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - WALLACE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim       2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada WALLACE trabalhou?** 1 - Sim       2 - Não**8.02 - Na semana passada WALLACE 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 WALLACE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim  2 - Não

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

**8.05 - No mês passado WALLACE recebeu remuneração de trabalho?**

**(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

**8.06 - WALLACE 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 WALLACE nesse período?**

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

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

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Celular	85	981093993	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Não declarado			<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 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****043043817-68****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 - Posto de atendimento/CRAS

2 - Em domicílio

**1.10 - Data da entrevista****09/12/2025**

Entrevistador

**1.11 - Nome****BRUNA PEREIRA LEAL****1.12 - CPF****899460305****1.13 - Observações****INCLUSAO DE WALLACE BENTO OLIVEIRA MARIANO E EXCLUSAO ANTONIA ELENILDA DA SILVA MARIANO****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

b) Código da unidade consumidora

 

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**