

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

073941490-99

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

1.09 - Formulários preenchidos

- 0 - Principal 2 - Avulso 2 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
 1 - Avulso 1 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1) 5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

03/06/2026

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.)

ENGENHEIRO

1.14 - Nome

1.15 - Número

ELIFIO MEDEIROS DA CUNHA**211****1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****A****1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****61.932-245****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****ACADEMIA CRYSTAL 7**

Entrevistador

1.21 - Nome**LILIANE LIMA DE AGUIAR****1.22 - CPF****2697886389****1.23 - Observações****MUDANCA DE ENDERECO BENEF PBF E GAS DO POVO**

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?

4

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

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



1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

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

2

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?

Rede geral de distribuição

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

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

Elétrica com medidor próprio

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

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

indígena?

- 1 - Sim
 2 - Não

 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" value="R\$ 89"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto | <input type="text" value="R\$ 40"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |

| | Tipo de despesa | Valor | |
|---|--------------------------------|----------------------|---|
| 3 | Gás, carvão e lenha | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 300 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 5 | Transporte | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel | R\$ 500 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular | <input type="text"/> | <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:

6612075 - USF MARIA NAZARE DE OLIVEIRA SILVA

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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

SONIA MARIA PEREIRA DA SILVA

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 SONIA 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 SONIA nasceu?

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

4.12 - Em que estado SONIA nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município SONIA nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro SONIA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de SONIA 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 SONIA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-SONIA 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 SONIA?

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**

GUERREIRO

2 - Data do registro

02/09/1992

3 - Número do livro

A5

4 - Número da folha

164V

5 - Número do termo/RANI

4956

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

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

2150578301

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20150960632

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/08/2015

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

54277

2 - Série

50

3 - Data da emissão

20/09/2000

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

34366640744

2 - Zona

104

3 - Seção

38

Pessoa com deficiência

6.01 - SONIA 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 SONIA 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 SONIA 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 - SONIA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - SONIA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar (Primário)

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

Terceiro(a)

7.11 - SONIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim

2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SONIA trabalhou?

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SONIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - SONIA 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 SONIA nesse período?

8.09 - Quanto SONIA 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

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 MIGUEL 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 MIGUEL nasceu?

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

4.12 - Em que estado MIGUEL nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município MIGUEL nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MIGUEL nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MIGUEL 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 MIGUEL ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-MIGUEL 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 MIGUEL?

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

28/12/2007

3 - Número do livro

A24

4 - Número da folha

47

5 - Número do termo/RANI

00019897

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

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

11979026351

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20230177780

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/01/2023

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

1197902

2 - Série

6351

3 - Data da emissão

29/03/2025

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

Pessoa com deficiência

6.01 - MIGUEL 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 MIGUEL 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 MIGUEL 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 - MIGUEL sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MIGUEL frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Terceiro(a)

7.11 - MIGUEL concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MIGUEL trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MIGUEL era:

Aprendiz

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

R\$ 761

0 - Não recebeu

8.06 - MIGUEL teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

5

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

R\$ 3.698

8.09 - Quanto MIGUEL 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

3

4.02 - Nome completo

SILMARA DA SILVA DE SOUSA

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 SILMARA 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 SILMARA nasceu?

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

4.12 - Em que estado SILMARA nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município SILMARA nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro SILMARA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de SILMARA 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 SILMARA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-SILMARA 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 SILMARA?

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 PAJUC

2 - Data do registro

05/10/2012

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

15411201552012100001194000019424

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

10718720369

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 - SILMARA 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 SILMARA 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 SILMARA 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 - SILMARA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - SILMARA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

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 SILMARA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Nono(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - SILMARA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SILMARA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SILMARA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - SILMARA 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 SILMARA nesse período?

8.09 - Quanto SILMARA 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 |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

991487480

Autoriza recebimento de mensagem

- 1 - Sim
 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Não tem

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

073941490-99

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Inclusão
 2 - Alteração
- 1 - Fora do domicílio
 2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio**1.10 - Data da entrevista**

03/06/2026

Entrevistador**1.11 - Nome**

LILIANE LIMA DE AGUIAR

1.12 - CPF

2697886389

1.13 - Observações

MUDANCA DE ENDERECO BENEF PBF E GAS DO POVO

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) N° de ordem da pessoa

1 - SONIA MARIA PEREIRA D.

b) Código da unidade consumidora

50804034**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 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