

## Identificação e controle

### 1.01 - Código familiar

**033076533-77**

### 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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Principal | <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Avulso 2                                      | <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa em situação de<br>rua (FS2) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Avulso 1  | <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Vinculação a<br>programas e serviços<br>(FS1) | <input type="checkbox"/> 5 - Representante legal<br>(FS3)       |

### 1.10 - Data da entrevista

**11/12/2025**

## Endereço da família

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

**JARI**

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

**RUA**

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

### 1.14 - Nome

**5**

### 1.15 - Número

**50**

### 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

**61.916-200**

**1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****Entrevistador****1.21 - Nome**

ALAN GOMES XAVIER

**1.22 - CPF**

3840393329

**1.23 - Observações**

ATUALIZACAO

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

**7**

**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**

**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?**

**Fossa rudimentar**

**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

**3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

**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**

1	Energia elétrica	<b>R\$ 50</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<b>R\$ 60</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 55</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

**Tipo de despesa****Valor**

4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 700</b>	<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	<b>R\$ 150</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:**

**3981509 - USF JOSE TEODOSIO**

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

**23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO**

**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**

**4.02 - Nome completo**

**1**

**FRANCISCA COSTA DA SILVA FREIRE**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**13844032192**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****11/11/1951****4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ANTONIA MARIA DE JESUS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****BENTO PIRES DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde FRANCISCA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-FRANCISCA 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 FRANCISCA?**

- 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**

63403986349

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****98010184792****2 - Complemento****3 - Data da emissão****19/04/2006****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****3714654****2 - Série****10****3 - Data da emissão****28/04/2006****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****70040600752****2 - Zona****122****3 - Seção****217****Pessoa com deficiência**

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

 1 - Cegueira 5 - Deficiência física 2 - Baixa visão 6 - Deficiência mental ou intelectual 3 - Surdez severa/profunda 7 - Síndrome de Down 4 - Surdez leve/moderada 8 - Transtorno/doença mental

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

**Oitavo(a)**

7.11 - FRANCISCA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCA trabalhou?

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCA era:

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

0 - Não recebeu

**8.06 - FRANCISCA 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 FRANCISCA nesse período?**

**8.09 - Quanto FRANCISCA 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	R\$ 1.518	<input 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****25/09/1947****4.07 - Relação de parentesco de JOSE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Cônjuge ou companheiro(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****TEREZA BELO DO NASCIMENTO** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****SABINO FREIRE GONZAGA** 2 - Não sabe**4.11- Onde JOSE nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado JOSE nasceu?****PARAIBA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município JOSE nasceu?****UIRAUNA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro JOSE nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de JOSE 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 JOSE ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-JOSE 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 JOSE?** 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 - JOSE 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 JOSE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

 1 - Cegueira

 5 - Deficiência física

 2 - Baixa visão

 6 - Deficiência mental ou intelectual

 3 - Surdez severa/profunda

 7 - Síndrome de Down

 4 - Surdez leve/moderada

 8 - Transtorno/doença mental

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - JOSE 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 JOSE nesse período?**

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

<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
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 type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3 Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4 Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input 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**

**ELDO FREIRE DA SILVA**

**4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)****4.04 - Apelido/Nome social**

**12932792190****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****13/12/1971****4.07 - Relação de parentesco de ELD0 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)****FRANCISCA COSTA DA SILVA FREIRE** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE SABINO FREIRE** 2 - Não sabe**4.11- Onde ELD0 nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado ELD0 nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ELD0 nasceu?****SALITRE** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ELD0 nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ELD0 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 ELD0 ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-ELDO 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 ELDO?** 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****85134570353**

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****1516992****2 - Complemento****3 - Data da emissão****24/04/1994****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****318496****2 - Série****40****3 - Data da emissão****25/07/2012****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****19536871597****2 - Zona****122****3 - Seção****32****Pessoa com deficiência**

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

 1 - Cegueira

 5 - Deficiência física

 2 - Baixa visão

 6 - Deficiência mental ou intelectual

 3 - Surdez severa/profunda

 7 - Síndrome de Down

 4 - Surdez leve/moderada

 8 - Transtorno/doença mental

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

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

## Escolaridade

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

**Oitavo(a)**

7.11 - ELDO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ELDO trabalhou?

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ELDO era:

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

0 - Não recebeu

**8.06 - ELDO 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 ELDO nesse período?**

**8.09 - Quanto ELDO 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

**Responsável pela família****9.01 - Contato(s)****a) Telefone primário**

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Recado	85	997936468	

- 1 - Sim  
 2 - Não

**b) Telefone secundário**

**Tipo**

**DDD**

**Número**

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**c) Email**

**Tipo**

**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**

**033076533-77**

**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

**1.10 - Data da entrevista**

**11/12/2025**

**Entrevistador**

**1.11 - Nome**

**ALAN GOMES XAVIER**

**1.12 - CPF**

**3840393329**

**1.13 - Observações**

**ATUALIZACAO**

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

b) Código da unidade consumidora

**43445730**

**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 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 checked="" 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?**

**O - Nenhuma**