

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

063603695-24

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

☒

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

11/08/2026

## 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

JAMBO

1.15 - Número

00000000000000328

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

61.932-810

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

MERCADINHO DAVI

## Entrevistador

1.21 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.22 - CPF

5810171370

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

**2.03 - 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

**2.13 - 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?**

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**

**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?

4

(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="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               | R\$ 300 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 119 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 120 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 600 | <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    | R\$ 220 | <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:**

**9836977 - USF ANASTACIO SOARES 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

FLAVIANA DA SILVA COSTA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20202084927

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/08/1983

4.07 - Relação de parentesco de FLAVIANA 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)

MARIA IDALBA DA SILVA COSTA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO DE ASSIS COSTA

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde FLAVIANA nasceu?

☐

1 - Neste município

☒

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado FLAVIANA nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município FLAVIANA nasceu?

☐

2 - Não sabe

**MARANGUAPE****4.14 - Em que país estrangeiro FLAVIANA nasceu?**☐ 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de FLAVIANA 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 FLAVIANA ?**

- ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-FLAVIANA 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 FLAVIANA?**

- ☒ 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****02063601551984100008234000883417****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****2537667379****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****7282913****2 - Complemento****3 - Data da emissão****28/04/2003****4 - Estado emissor****PERNAMBUCO****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****38614****2 - Série****78****3 - Data da emissão****28/04/2003****4 - Estado emissor****PERNAMBUCO****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**



67720040787

104

41

## Pessoa com deficiência

**6.01 - FLAVIANA 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 FLAVIANA 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 FLAVIANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" 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 - FLAVIANA sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginásia)

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

Sexto(a)

7.11 - FLAVIANA concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FLAVIANA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FLAVIANA era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - FLAVIANA 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 FLAVIANA nesse período?

8.09 - Quanto FLAVIANA 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

2

4.02 - Nome completo

JONATHAN VICTOR DA SILVA COSTA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

22015935834

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/01/2009

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

Filho(a)

## 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 JONATHAN nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado JONATHAN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município JONATHAN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro JONATHAN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de JONATHAN 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 JONATHAN ?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

## 4.17-JONATHAN 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 JONATHAN?

☐ 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

13/03/2009

##### 3 - Número do livro

A27

##### 4 - Número da folha

48

##### 5 - Número do termo/RANI

20210993

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

11938882393

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

#### 1 - Número

#### 2 - Complemento

#### 3 - Data da emissão

20210993175

16/08/2021

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 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 - JONATHAN 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 JONATHAN 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 JONATHAN 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 - JONATHAN sabe ler e escrever?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EEM PROFESSOR FLAVIO PONTE

**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**

23080370

- ☐ 2 - Não tem



7.07 - Qual é o curso que JONATHAN frequenta

Ensino Médio regular

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

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - JONATHAN concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JONATHAN trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JONATHAN era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - JONATHAN 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 JONATHAN nesse período?

8.09 - Quanto JONATHAN 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

ANA SHARA COSTA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

21317195339

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☐

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/12/2020

4.07 - Relação de parentesco de ANA 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)

FLAVIANA DA SILVA COSTA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FLAVIO DA SILVA

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde ANA nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado ANA nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANA nasceu?

☐

2 - Não sabe

**FORTALEZA****4.14 - Em que país estrangeiro ANA nasceu?**☐ 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ANA 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 ANA ?**

- ☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**4.17-ANA 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 ANA?**

- ☐ 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****11/01/2021****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula****01553701552021100088252004855615****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****11644596350****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 - ANA 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 ANA 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 ANA 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 - ANA sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

Pré-escola (exceto CA),

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - ANA 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 ANA nesse período?

8.09 - Quanto ANA 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

4.02 - Nome completo

ANA VITORIA COSTA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21317194596

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/12/2020

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

Filho(a)

## 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 ANA nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado ANA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município ANA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro ANA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de ANA 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 ANA ?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## 4.17-ANA 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 ANA?

☒ 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

11/01/2021

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

01553701552021100088253004855713

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

11644635356

### 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 - ANA 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 ANA 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 ANA 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 - ANA sabe ler e escrever?**

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

Pré-escola (exceto CA),

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - ANA 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 ANA nesse período?

8.09 - Quanto ANA 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

988851631

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

063603695-24

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

11/08/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.12 - CPF

5810171370

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.

☐

1 - Vende leite para o programa do leite -  
Leite Fome Zero

☐

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 - FLAVIANA DA SILVA COSTA

b) Código da unidade consumidora

8845430

**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**