

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****063794131-46****1.02 - UF****CE****1.03 - Município****MARACANAU****1.04 - Distrito****1.05 - Subdistrito****1.06 - Setor censitário****1.07 - Modalidade da operação**

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

- 1 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

**1.09 - Formulários preenchidos**

- 0 - Principal
- 1 - Avulso 1

- 2 - Avulso 2
- 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

- 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
- 5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da entrevista****11/12/2025**

## Endereço da família

**1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****PAJUCARA****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****AVENIDA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****CICERO RODRIGUES DE MOURA****1.15 - Número****000000000000572****1.18 - CEP**

**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.)**

**61.934-270**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**CAMPO DIAMANTINO**

## Entrevistador

**1.21 - Nome**

**RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR**

**1.22 - CPF**

**5810171370**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE INCLUSAO DA AGATA ESTER**

## Características do domicílio

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

1 - Urbanas

2 - Rurais

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



1 - Particular Permanente

2 - Particular improvisado

3 - Coletivo**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?****5****2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?****Cimento****2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**

1 - Sim



2 - Não

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

1 - Sim



2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:****É coletado diretamente****2.06 - 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****2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**

1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

1 - Sim



2 - Não

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

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

2 - Não consta no município

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

**5**

(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 |
|-----------------|-------|
|-----------------|-------|

|   | <b>Tipo de despesa</b>         | <b>Valor</b> |   |
|---|--------------------------------|--------------|---|
| 1 | Energia elétrica               | R\$ 165      | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 79       | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 110      | <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    |              | <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:**

**2372037 - USF MARIA DAS GRACAS MAXIMIANO**

**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**

**VERONEIDE RUFINO GALDINO**

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

**13639197193**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**25/11/1989**

**4.07 - Relação de parentesco de VERONEIDE 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)****OSORIA RUFINO DE LIMA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ANTONIO ROGERIO GALDINO DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde VERONEIDE nasceu?**

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-VERONEIDE 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 VERONEIDE?**

- Feminina     Masculina     Não binário(a)

## Documentos

### 5.01 - Tipo e dados da certidão

#### a) Tipo

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

#### b) Dados

##### 1 - Nome do cartório

CARTORIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCAR.

##### 2 - Data do registro

27/08/2019

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

15411201552019200005290000149035

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

2119183341

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

##### 1 - Número

2003010403987

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

29/11/2010

##### 4 - Estado emissor

CEARA

##### 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****7722062****2 - Série****10****3 - Data da emissão****24/08/2004****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****73944100760****2 - Zona****2****3 - Seção****131****Pessoa com deficiência****6.01 - VERONEIDE 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 VERONEIDE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

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

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado**

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

7.11 - VERONEIDE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada VERONEIDE trabalhou?

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - VERONEIDE 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 VERONEIDE nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem****2****4.02 - Nome completo****WILLIAM PAULINO PEREIRA****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****16536225245****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

1 - Masculino



2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****03/01/1990****4.07 - Relação de parentesco de WILLIAM com a pessoa responsável  
pela unidade familiar - RF****Cônjugue ou companheiro(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****REGINA MARIA PAULINO PEREIRA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2****JOSE PEREIRA SOBRINHO**

2 - Não sabe

**4.11- Onde WILLIAM nasceu?**

1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado WILLIAM nasceu?****CEARA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**FORTALEZA**

L - Não sabe

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

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-WILLIAM 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 WILLIAM?**

- 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****4127402300****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2007002061536****2 - Complemento****3 - Data da emissão****04/10/2022****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****1864311****2 - Série****20****3 - Data da emissão****16/04/2007****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

70089000701

104

353

## Pessoa com deficiência

**6.01 - WILLIAM 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 WILLIAM 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 WILLIAM 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 - WILLIAM sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,**

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

**Terceiro(a)**

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

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)**

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

0 - Não recebeu

**R\$ 300**

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**12**

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

**R\$ 3.600**

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

**Fontes de renda**

**Valor**

1 Ajuda/doação regular de não morador

0 - Não  
recebeu

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

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

3

**4.02 - Nome completo**

**ADRIEL LUCA RUFINO PAULINO**

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

**21350152406**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****10/05/2021****4.07 - Relação de parentesco de ADRIEL 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)****VERONEIDE RUFINO GALDINO** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****WILLIAM PAULINO PEREIRA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ADRIEL nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado ADRIEL nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ADRIEL nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ADRIEL nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ADRIEL foi registrado em cartório de registro civil?**

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

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

1 - Sim  2 - Não

**4.17-ADRIEL 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 ADRIEL?**

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**

COSTA LIMA

**2 - Data do registro**

13/05/2021

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

15411201552021100018277000537773

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****11823028314****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 - ADRIEL 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 ADRIEL tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

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

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

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

**Sim, rede particular**

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

**23197390 - EBENEZER CENTRO EDUCACIONAL**

**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****23197390** 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que ADRIEL frequenta****Classe de Alfabetização - CA****7.08 - Qual é o ano/série que ADRIEL frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ADRIEL frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que ADRIEL concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - ADRIEL concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada ADRIEL trabalhou?** 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada ADRIEL 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 ADRIEL exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ADRIEL 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 ADRIEL nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

ADRIAN ABNER RUFINO PAULINO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

21420954409

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

19/02/2023

**4.07 - Relação de parentesco de ADRIAN 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)**

**VERONEIDE RUFINO GALDINO**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**WILLIAM PAULINO PEREIRA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde ADRIAN nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ADRIAN 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 ADRIAN ?**

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-ADRIAN 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 ADRIAN?**

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

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

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

**b) Dados****1 - Nome do cartório**

CARTORIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCAR.

**2 - Data do registro**

23/02/2023

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

15411201552023100025159000735916

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****12722494337****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 - ADRIAN 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 ADRIAN tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

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

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

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

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ADRIAN 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 ADRIAN nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

5

4.02 - Nome completo

AGATA ESTER RUFINO PAULINO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

15/11/2025

**4.07 - Relação de parentesco de AGATA 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)**

**VERONEIDE RUFINO GALDINO**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**WILLIAM PAULINO PEREIRA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde AGATA nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de AGATA 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 AGATA ?**

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-AGATA 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 AGATA?**

- 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****COSTA LIMA****2 - Data do registro****18/11/2025****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****15411201552025100035211001041157****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****13439878309****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 - AGATA 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 AGATA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

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

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

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

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - AGATA 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 AGATA nesse período?**

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

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

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

|                |            |                  |  |
|----------------|------------|------------------|--|
| <b>Tipo</b>    | <b>DDD</b> | <b>Número</b>    | <b>Autoriza recebimento de mensagem</b>                                |
| <b>Celular</b> | <b>85</b>  | <b>987095779</b> | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

#### b) Telefone secundário

|                |            |               |   |
|----------------|------------|---------------|---|
| <b>Tipo</b>    | <b>DDD</b> | <b>Número</b> | <b>Autoriza recebimento de mensagem</b>                     |
| <b>Não tem</b> |            |               | <input type="radio"/> 1 - Sim <input type="radio"/> 2 - Não |

**c) Email****Tipo****Email****Autoriza recebimento de E-mail****Não tem** 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****063794131-46****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****RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.12 - CPF****5810171370****1.13 - Observações****ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE INCLUSAO DA AGATA ESTER****Vinculação a programas e serviços**

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

Este quesito admite múltipla marcação.

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

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

a) Nº de ordem da pessoa

**2 - WILLIAM PAULINO PEREIR**

b) Código da unidade consumidora

**4006862**



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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**