

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****067650199-01****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 type="checkbox"/> 2 - Avulso 2	<input type="checkbox"/> 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
<input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)	<input type="checkbox"/> 5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da  
entrevista****16/12/2025**

## Endereço da família

**1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****SIQUEIRA****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****BARROS CARVALHO****1.15 - Número****5****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****61.923-160**

**1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****Entrevistador****1.21 - Nome****ALAN GOMES XAVIER****1.22 - CPF****3840393329****1.23 - Observações****TRANSFERENCIA****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?**

5

1

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

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

1 - Total  2 - Parcial  
 3 - Não Existe

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?

2 - Não sabe

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

**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="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\$ 100</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<b>R\$ 32</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 500</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<b>R\$ 380</b>	<input 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:**

**2372134 - USF DR ALARICO LEITE**

**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**

**IARA MENDES PEREIRA**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**12582169430**

## 4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

28/05/1998

## 4.07 - Relação de parentesco de IARA 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)

IRANEIDE MENDES OLIVEIRA

 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

 2 - Não sabe

## 4.11- Onde IARA nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado IARA nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município IARA nasceu?

BOA VIAGEM

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro IARA nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de IARA 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 IARA ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-IARA 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 IARA?**

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****GERALDINA****2 - Data do registro****22/07/2002****3 - Número do livro****A35****4 - Número da folha****103****5 - Número do termo/RANI****36054****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****BOA VIAGEM****5.02 - Número de inscrição do CPF****7992427300**

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20150681849****2 - Complemento****3 - Data da emissão****21/07/2015****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****135045****2 - Série****50****3 - Data da emissão****17/06/2018****4 - Estado emissor****SAO PAULO****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87322900701****2 - Zona****63****3 - Seção****257****Pessoa com deficiência****6.01 - IARA 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 IARA 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 IARA 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 - IARA sabe ler e escrever?**

1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que IARA 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 IARA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Sétimo(a)**

7.11 - IARA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada IARA trabalhou?

1 - Sim       2 - Não

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

1 - Sim       2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal IARA era:

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

0 - Não recebeu

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

1 - Sim  2 - Não

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

2

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

R\$ 100

**8.09 - Quanto IARA 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**

RYKELME PEREIRA DO NASCIMENTO

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

21343311774

## 4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

17/03/2019

## 4.07 - Relação de parentesco de RYKELME 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)

IARA MENDES PEREIRA

 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

RICARDO LIMA DO NASCIMENTO

 2 - Não sabe

## 4.11- Onde RYKELME nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado RYKELME nasceu?

SAO PAULO

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município RYKELME nasceu?

OSASCO

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro RYKELME nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de RYKELME 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 RYKELME ?

1 - Sim 2 - Não**4.17-RYKELME 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 RYKELME?** 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****OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS D****2 - Data do registro****19/03/2019****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****11523801552019100520245031085117****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****SAO PAULO****OSASCO****5.02 - Número de inscrição do CPF****56792500801**

**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 - RYKELME 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 RYKELME 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 RYKELME 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 - RYKELME sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - RYKELME frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**23234563 - HELDER PESSOA CAMARA EMEIEF DOM**

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

**23234563**

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que RYKELME frequenta

**Ensino Fundamental regular (duração 9**

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

**Segundo(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - RYKELME 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 RYKELME nesse período?**

**8.09 - Quanto RYKELME 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 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**

**4.02 - Nome completo**

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

21389346783

## 4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

15/08/2022

## 4.07 - Relação de parentesco de YRIS 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)

IARA MENDES PEREIRA

 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

RICARDO LIMA DO NASCIMENTO

 2 - Não sabe

## 4.11- Onde YRIS nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado YRIS nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município YRIS nasceu?

BOA VIAGEM

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro YRIS nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de YRIS 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 YRIS ?

1 - Sim 2 - Não**4.17-YRIS 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 YRIS?** 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 DO 1 OFICIO REGISTRO CIVIL****2 - Data do registro****14/09/2022****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0193800155202210004728700499937****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****BOA VIAGEM****5.02 - Número de inscrição do CPF****12542280398**

**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 - YRIS 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 YRIS 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 YRIS 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 - YRIS sabe ler e escrever?**

1 - Sim       2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - YRIS 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 YRIS nesse período?**

**8.09 - Quanto YRIS 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

**Identificação da pessoa****4.01 - Número de ordem**

**4.02 - Nome completo**

**RYANNA MARIA PEREIRA MAIA**

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

**21451518139****4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****05/02/2024****4.07 - Relação de parentesco de RYANNA 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)****IARA MENDES PEREIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****RAIMUNDO MAIA DE FREITAS FILHO** 2 - Não sabe**4.11- Onde RYANNA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não**4.17-RYANNA 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 RYANNA?** 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 DO 1 OFICIO REGISTRO CIVIL****2 - Data do registro****06/02/2024****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****019380015520241000490300050705!****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****BOA VIAGEM****5.02 - Número de inscrição do CPF****3179206349**

**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 - RYANNA 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 RYANNA 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 RYANNA 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 - RYANNA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - RYANNA 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 RYANNA nesse período?**

**8.09 - Quanto RYANNA 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 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	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<b>Celular</b>	<b>85</b>	<b>996554668</b>	

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**

**067650199-01**

**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**

**16/12/2025**

**Entrevistador**

**1.11 - Nome**

**ALAN GOMES XAVIER**

**1.12 - CPF**

**3840393329**

**1.13 - Observações**

**TRANSFERENCIA**

**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 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**

**b) Código da unidade consumidora**

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

<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 Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**