

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

087493616-00

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

☐

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

12/02/2026

## Endereço da família

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

RESIDENCIAL MARACANAU II

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

RUA

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

1.14 - Nome

7

1.15 - Número

1925

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

61.913-325

CASA C

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

JANAINA DE MELO PEREIRA

1.22 - CPF

3739625333

1.23 - Observações

ATUALIZACAO COM INCLUSAO DE CRIANCA JORGE LUCAS DA SILVA FERREIRA

## 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?**

4

**2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?**

Cerâmica, lajota ou pedra

**2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

É coletado diretamente

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

- ☒ 1 - Total    ☐ 2 - Parcial  
☐ 3 - Não Existe

**2.02 - 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?**

1

**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 séptica

**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?

3

(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\$ 24  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 120 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 60  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 800 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | R\$ 550 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 7 | Medicamentos de uso regular    | R\$ 90  | <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:**

**5139090 - USF ENGELBERTO MOURA CAVALCANTE**

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

**23076535803 - CRAS PIRATININGA**

**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**

**KAREN CRISTINA FERREIRA DA SILVA**

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

**16186292992**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**07/08/1991**

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

## 4.08 - Cor ou raça

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde KAREN nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado KAREN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município KAREN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro KAREN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de KAREN 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 KAREN ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

## 4.17-KAREN 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 KAREN?

☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

### 5.01 - Tipo e dados da certidão

#### a) Tipo

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

#### b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

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

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

0000000200701041154

28/01/2019

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

74462150760

2 - Zona

104

3 - Seção

143

## Pessoa com deficiência

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Terceiro(a)

7.11 - KAREN concluiu esse curso que frequentou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada KAREN trabalhou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal KAREN era:

Empregado com carteira de trabalho assinada

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

☐ 0 - Não recebeu

R\$ 1.597

8.06 - KAREN teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

10

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

R\$ 11.551

8.09 - Quanto KAREN 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

YASMIN MELISSA FERREIRA LOPES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23801712385

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

07/03/2017

4.07 - Relação de parentesco de YASMIN 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)

KAREN CRISTINA FERREIRA DA SILVA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MATEUS ROCHA LOPES

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde YASMIN nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado YASMIN nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município YASMIN nasceu?

☐

2 - Não sabe

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro YASMIN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de YASMIN 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 YASMIN ?

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-YASMIN 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 YASMIN?

- ☐ 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****13697801552017100037229002221580****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do  
CPF****8871715322****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 - YASMIN 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 YASMIN 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 YASMIN 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 - YASMIN sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

JOSE BELISARIO DE SOUSA EMEF

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?



1 - Sim



2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080663



2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que YASMIN frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Quarto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - YASMIN concluiu esse curso que frequentou?



1 - Sim



2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada YASMIN trabalhou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal YASMIN era:

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - YASMIN 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 YASMIN nesse período?

8.09 - Quanto YASMIN 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

3

4.02 - Nome completo

JORGE LUCAS DA SILVA FERREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- ☒ 1 - Masculino  
☐ 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

26/08/2025

## 4.07 - Relação de parentesco de JORGE 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)

KAREN CRISTINA FERREIRA DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

JEAN ROCHA FERREIRA

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde JORGE nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado JORGE nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município JORGE nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro JORGE nasceu?

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-JORGE 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 JORGE?**

☐ 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**

27/08/2025

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

15411201552025100034268001016886

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****13363927380****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 - JORGE 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 JORGE 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 JORGE 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 - JORGE sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Nunca frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que JORGE 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 JORGE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que JORGE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que JORGE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que JORGE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - JORGE concluiu esse curso que frequentou?**☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - JORGE 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 JORGE nesse período?**

**8.09 - Quanto JORGE 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                                 | DDD                             | Número                                 | Autoriza recebimento de mensagem                                       |
| <input type="text" value="Celular"/> | <input type="text" value="85"/> | <input type="text" value="997556472"/> | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

#### b) Telefone secundário

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

087493616-00

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

12/02/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

JANAINA DE MELO PEREIRA

1.12 - CPF

3739625333

1.13 - Observações

ATUALIZACAO COM INCLUSAO DE CRIANCA JORGE LUCAS DA SILVA FERREIRA

## 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**

**1 - KAREN CRISTINA FERREIR**

**b) Código da unidade consumidora**

**10092276**

**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?**

**0 - Nenhuma**