

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****086203066-85****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.)****PIRATININGA****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****BELEM****1.15 - Número****71****1.18 - CEP**

**1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)**

**1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)**

**CASA 1**

**61.905-210**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**PROXIMO AO CLM**

## Entrevistador

**1.21 - Nome**

**JANAINA DE MELO PEREIRA**

**1.22 - CPF**

**3739625333**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO CADASTRAL COM MUDANCA DE ENDEREKO E INCLUSAO DE  
PESSOA FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA**

## 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?****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****2.08 - 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****2.13 - 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?**

**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="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
-----------------	-------

<b>Tipo de despesa</b>		<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	<b>R\$ 110</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<b>R\$ 63</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 120</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<b>R\$ 400</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:**

**2372185 - USF FLAVIO BELISARIO DE SOUSA**

**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**

**EULALIA LIMA DA SILVA**

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

**16133183374**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**07/05/2003**

**4.07 - Relação de parentesco de EULALIA 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)****FRANCISCA ELIETE LIMA DO NASCIMENTO** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ELIASAR PEREIRA DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde EULALIA nasceu?**

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

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

- 
- 1 - Sim
- 
- 2 - Não

**4.17-EULALIA 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 EULALIA?**

- 
- 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

REGISTRO CIVIL

##### 2 - Data do registro

12/05/2003

##### 3 - Número do livro

5

##### 4 - Número da folha

59

##### 5 - Número do termo/RANI

00004188

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

PACATUBA

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

9663684364

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

##### 1 - Número

09663684364

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

22/05/2024

##### 4 - Estado emissor

CEARA

##### 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência**

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Terceiro(a)**

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - EULALIA 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 EULALIA nesse período?**

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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<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****MARCOS VINICIUS ROCHA DA SILVA****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****21467829422****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****10/06/2024****4.07 - Relação de parentesco de MARCOS 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)****EULALIA LIMA DA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****MARCOS LEANDRO ROCHA SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde MARCOS nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado MARCOS nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município MARCOS nasceu?** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

**4.17-MARCOS 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 MARCOS?**

- 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****11/06/2024****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula****15411201552024100030138000883875****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****8750289349****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 - MARCOS 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 MARCOS 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 MARCOS 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 - MARCOS sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

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

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

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - MARCOS 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 MARCOS nesse período?**

**8.09 - Quanto MARCOS 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="radio"/> 0 - Não recebeu

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>
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**

**ELISA ROCHA DA SILVA**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****24/10/2025****4.07 - Relação de parentesco de ELISA 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)****EULALIA LIMA DA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****MARCOS LEANDRO ROCHA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ELISA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17-ELISA 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 ELISA?**

- 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****ALBUQUERQUE****25/10/2025****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552025100112216005572030****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****MARACANAU**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****13418844308****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 - ELISA 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 ELISA 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 ELISA 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 - ELISA sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - ELISA frequenta escola ou creche?****Nunca frequentou****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ELISA 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 ELISA frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que ELISA frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ELISA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que ELISA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - ELISA concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim       2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada ELISA trabalhou?** 1 - Sim       2 - Não**8.02 - Na semana passada ELISA 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 ELISA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim  2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ELISA 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 ELISA nesse período?**

**8.09 - Quanto ELISA 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

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Celular	85	992327183	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Não tem			<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****086203066-85****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 - Posto de atendimento/CRAS

2 - Em domicílio

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

Entrevistador

**1.11 - Nome****JANAINA DE MELO PEREIRA****1.12 - CPF****3739625333****1.13 - Observações****ATUALIZACAO CADASTRAL COM MUDANCA DE ENDEREKO E INCLUSAO DE PESSOA FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA****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

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**