

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

044372488-13

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**

**22/05/2026**

**Endereço da família**

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

**CENTRO**

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

**RUA**

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

**1.14 - Nome**

**MIGUEL ALVES**

**1.15 - Número**

**300**

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

**AP 407 BL 10**

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

**1.18 - CEP**

**61.900-180**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**MARIA EDIGLEUMA ARAUJO**

**1.22 - CPF**

**79350852349**

**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?

4

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?

2

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

Cerâmica, lajota ou pedra

2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

- 1 - Sim       2 - Não

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

Rede geral de distribuição

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

1 - Sim     2 - Não

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

2.11 - O lixo do seu domicílio:

**É coletado diretamente**

2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?

**Elétrica com medidor próprio**

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

1 - Total     2 - Parcial     3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim     2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

1 - Sim     2 - Não

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

2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

1 - Sim  2 - Não

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

2 - Não consta no município

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

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

(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?**

	<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	
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:**

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<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:**

**3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II**

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

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

**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**

**SOLANGE MARIA SANTOS RODRIGUES**

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

**13338903196**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino

2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**27/04/1981**

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Família**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

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

**MARIA DO SOCORRO SANTOS RODRIGUES**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**GERARDO DA SILVA RODRIGUES**

2 - Não sabe

**4.11- Onde SOLANGE nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**CANINDE**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de SOLANGE 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 SOLANGE ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-SOLANGE 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 SOLANGE?**

- 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**

**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

56229830760

2 - Zona

94

3 - Seção

667

## Pessoa com deficiência

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

1 - Sim       2 - Não

7.02 - SOLANGE frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Cier**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - SOLANGE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SOLANGE trabalhou?

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SOLANGE era:

**Trabalhador por conta própria (bico, autôn**

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

0 - Não recebeu

R\$ 150

8.06 - SOLANGE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

4

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

R\$ 600

8.09 - Quanto SOLANGE 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

**Fontes de  
renda**

**Valor**

5

Outras fontes  
de  
remuneração  
exceto bolsa  
família ou  
outras  
transferências  
similares



**0 - Não  
recebeu**

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

**2**

4.02 - Nome completo

**YANCA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

**20745548010**

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**18/10/2001**

4.07 - Relação de parentesco de YANCA 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)

**SOLANGE MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**REGINALDO DE SOUZA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

4.11- Onde YANCA nasceu?

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

4.12 - Em que estado YANCA nasceu?

**CEARA**

2 - Não sabe

4.13 - Em que município YANCA nasceu?

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro YANCA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de YANCA 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 YANCA ?**

1 - Sim       2 - Não

**4.17-YANCA 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 YANCA?**

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

**62650857358**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**20161689331**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**08/03/2018**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**6265085**

2 - Série

**7358**

3 - Data da emissão

**13/08/2021**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

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

1 - Sim       2 - Não

7.02 - YANCA frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Cier

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

Terceiro(a)

7.11 - YANCA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada YANCA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal YANCA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - YANCA 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 YANCA nesse período?

8.09 - Quanto YANCA 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

**Fontes de  
renda**

**Valor**

5

Outras fontes  
de  
remuneração  
exceto bolsa  
família ou  
outras  
transferências  
similares



**0 - Não  
recebeu**

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

**3**

4.02 - Nome completo

**IGOR RODRIGUES DE OLIVEIRA**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

**21366739290**

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**25/07/1999**

4.07 - Relação de parentesco de IGOR 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)

**SOLANGE MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**REGINALDO DE SOUZA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

4.11- Onde IGOR nasceu?

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

4.12 - Em que estado IGOR nasceu?

**CEARA**

2 - Não sabe

4.13 - Em que município IGOR nasceu?

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro IGOR nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de IGOR 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 IGOR ?**

1 - Sim       2 - Não

**4.17-IGOR 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 IGOR?**

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

**62651834351**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**0000000002008**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**30/11/2020**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**6265183**

2 - Série

**4351**

3 - Data da emissão

**30/11/2020**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

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

1 - Sim     2 - Não

7.02 - IGOR frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Cier

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

Terceiro(a)

7.11 - IGOR concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada IGOR trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal IGOR era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - IGOR 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 IGOR nesse período?

8.09 - Quanto IGOR 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

**Fontes de  
renda**

**Valor**

5

Outras fontes  
de  
remuneração  
exceto bolsa  
família ou  
outras  
transferências  
similares



**0 - Não  
recebeu**

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo

**Celular**

DDD

**85**

Número

**999993288**

**Autoriza recebimento  
de mensagem**



**1 - Sim**



**2 - Não**

#### b) Telefone secundário

Tipo

**Não tem**

DDD

Número

**Autoriza recebimento  
de mensagem**



**1 - Sim**



**2 - Não**

### c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento  
de E-mail

- 1 - Sim  
 2 - Não

### 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
solangerg	.jpg	239 KB
termo salange	.jpg	305 KB

## 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

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

**044372488-**

**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**

**22/05/202**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**MARIA EDIGLEUMA ARAUJO**

**1.12 - CPF**

**7935085234**

**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.

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

- 22 - Projetos de inclusão produtiva
- 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI
- 24 - Nenhum

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**