

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

038324400-54

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

- 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

16/12/2025

## Endereço da família

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

PAU SERRADO

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

AVENIDA

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

16 DE AGOSTO

205

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

61.912-045

**CASA 1**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**CAMPO CEARAZINHO**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**PATRICIA JESSICA SOUZA DA SILVA**

**1.22 - CPF**

**4431067388**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO DE ENDERECO RECEBE 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?**

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

**3**

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

**Cimento**

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

**É coletado diretamente**

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

- 1 - Total       2 - Parcial  
 3 - Não Existe

**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 rudimentar**

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

**Elétrica com medidor próprio**

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

**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**

|   |                     |               |                                      |
|---|---------------------|---------------|--------------------------------------|
| 1 | Energia elétrica    | <b>R\$ 28</b> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto       | <b>R\$ 50</b> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 | Gás, carvão e lenha | <b>R\$ 50</b> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |

| Tipo de despesa |                                | Valor   |   |
|-----------------|--------------------------------|---------|---|
| 4               | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 250 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5               | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6               | Aluguel                        | R\$ 300 | <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:

**4487524 - USF NARCELIO MESQUITA MOTA**

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

**23076506676 - CRAS MUCUNA**

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

**ANGELICA HOLANDA DE SOUSA**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

**16032276962**

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/08/1991

4.07 - Relação de parentesco de ANGELICA 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)

LINDALVA HOLANDA FERREIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE PAULO DE SOUSA

2 - Não sabe

4.11- Onde ANGELICA nasceu?

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

4.12 - Em que estado ANGELICA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANGELICA nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ANGELICA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANGELICA 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 ANGELICA ?**

1 - Sim       2 - Não

**4.17-ANGELICA 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 ANGELICA?**

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 ANTONIO BEZERRA

**2 - Data do registro**

05/09/1991

**3 - Número do livro**

A123

**4 - Número da folha**

41

**5 - Número do termo/RANI**

00143224

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

5549632306

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

1 - Número

2006017001374

2 - Complemento

2VIA

3 - Data da emissão

27/09/2019

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

#### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

3685046

2 - Série

40

3 - Data da emissão

05/06/2013

4 - Estado emissor

CEARA

#### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

75261760760

2 - Zona

122

3 - Seção

214

### Pessoa com deficiência

6.01 - ANGELICA 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 ANGELICA 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 ANGELICA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite multipla 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 - ANGELICA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental (duração 9 anos)**

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

**Nono(a)**

7.11 - ANGELICA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANGELICA trabalhou?

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANGELICA era:

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

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

0 - Não recebeu

**R\$ 200**

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

**12**

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

**R\$ 2.400**

**8.09 - Quanto ANGELICA 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**

**MARIANE ELLEN HOLANDA DA SILVA**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**23655403964**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**29/01/2008**

**4.07 - Relação de parentesco de MARIANE 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)**

**ANGELICA HOLANDA DE SOUSA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOSE MILLER DA SILVA HOLANDA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde MARIANE nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MARIANE 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 MARIANE ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-MARIANE 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 MARIANE?** 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**

ALENCAR ARARIPE

**2 - Data do registro**

19/02/2008

**3 - Número do livro**

340

**4 - Número da folha**

271

**5 - Número do termo/RANI**

00303804

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

10614160383

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

1 - Número

20150197866

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/09/2019

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

2 - Zona

3 - Seção

#### Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**LICEU PROFESSOR FRANCISCO OSCAR RODRIGUES**

**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**

**23223030**

2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que MARIANE frequenta**

**Ensino Médio regular**

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

**Terceiro(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - MARIANE 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 MARIANE nesse período?**

**8.09 - Quanto MARIANE 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**

**4.02 - Nome completo**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**23655403956**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**02/11/2009**

**4.07 - Relação de parentesco de MURILO 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)**

**ANGELICA HOLANDA DE SOUSA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOSE MILLER DA SILVA HOLANDA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde MURILO nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MURILO 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 MURILO ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-MURILO 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 MURILO?** 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****ALENCAR ARARIPE****2 - Data do registro****24/11/2009****3 - Número do livro****373****4 - Número da folha****161****5 - Número do termo/RANI****00319773****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição do CPF****10614159377**

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

1 - Número

000000000201501978

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/09/2019

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

2 - Zona

3 - Seção

### Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**LICEU PROFESSOR FRANCISCO OSCAR RODRIGUES**

**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**

**23223030**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que MURILO frequenta**

**Ensino Médio regular**

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

**Segundo(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - MURILO 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 MURILO nesse período?**

**8.09 - Quanto MURILO 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 |

## Responsável pela família

**9.01 - Contato(s)**

a) Telefone primário

| Tipo                                   | DDD                               | Número                                   | Autoriza recebimento de mensagem |
|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="text"/><br><b>Celular</b> | <input type="text"/><br><b>85</b> | <input type="text"/><br><b>982341020</b> |                                  |

- 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

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**

**038324400-54**

**1.02 - UF**

**CE**

**1.03 - Município**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da operação**

- 1 - Inclusão  
 2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

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

**1.10 - Data da entrevista**

**16/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**PATRICIA JESSICA SOUZA DA SILVA**

**1.12 - CPF**

**4431067388**

**1.13 - Observações**

**ATUALIZACAO DE ENDERECHO RECEBE 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 familia ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

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

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

**a) Nº de ordem da pessoa**

**1 - ANGELICA HOLANDA DE**

**b) Código da unidade consumidora**

**10428734**

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**