Identificação e controle

1.01 - Código familiar
050362723-23

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

- [x] 0 - Principal
- [ ] 1 - Avulso 1
- [ ] 2 - Avulso 2
- [x] 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)
- [ ] 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
- [ ] 5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista
18/09/2026

Endereço da família

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

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

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

PIRAJUCARA

644

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

61.916-560

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

PROXIMO AO ADRIANO MOTOS

Entrevistador

1.21 - Nome

ROSANE SILVA COSTA

1.22 - CPF

1598161300

1.23 - Observações

TRANSFERENCIA DE MUNICIPIO

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?

1

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

Cimento

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

Alvenaria/tijolo sem 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?

Fossa rudimentar

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

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

indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

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)		0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)		0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)		0 - Não tem

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica		0 - Não tem
2	Água e esgoto		0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
3	Gás, carvão e lenha		☑ 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R$ 450	☐ 0 - Não tem
5	Transporte	R$ 100	☐ 0 - Não tem
6	Aluguel	R$ 450	☐ 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R$ 320	☐ 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:

3981509 - USF JOSE TEODOSIO

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

23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO

3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos

○ 1 - Sim ○ 2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

○ 1 - Sim ◉ 2 - Não

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

ANTONIA ALINE NASCIMENTO DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

20378203031

4.05 - Sexo

- ○ 1 - Masculino
- ◉ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/04/1995

4.07 - Relação de parentesco de ANTONIA 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)

ANTONIA VANUSIA NASCIMENTO DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☑ 2 - Não sabe

4.11- Onde ANTONIA nasceu?

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

4.12 - Em que estado ANTONIA nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANTONIA nasceu?

FORTALEZA

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ANTONIA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANTONIA 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 ANTONIA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-ANTONIA 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 ANTONIA?

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
CAVALCANTE FILHO

2 - Data do registro
22/02/1996

3 - Número do livro
124

4 - Número da folha
28

5 - Número do termo/RANI
00140042

6 - Matrícula

7 - Estado de registro
CEARA

8 - Município de registro
FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF
61820408310

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número	2 -Complemento	3 - Data da emissão
20083157519		31/08/2012

4 - Estado emissor	5 - Sigla do órgão emissor
CEARA	SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número	2 - Série	3 - Data da emissão
131466	50	07/05/2015

4 - Estado emissor
CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número	2 - Zona	3 - Seção
83311830710	105	97

Pessoa com deficiência

6.01 - ANTONIA 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 ANTONIA 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 ANTONIA 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 - ANTONIA sabe ler e escrever?

- (•) 1 - Sim
- ( ) 2 - Não

7.02 - ANTONIA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Terceiro(a)

7.11 - ANTONIA concluiu esse curso que frequentou?

- (•) 1 - Sim
- ( ) 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANTONIA trabalhou?

- ( ) 1 - Sim
- (•) 2 - Não

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

- ( ) 1 - Sim
- ( ) 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANTONIA era:

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

[x] 0 - Não recebeu

8.06 - ANTONIA 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 ANTONIA nesse período?

8.09 - Quanto ANTONIA recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador		☑ 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		☑ 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		☑ 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia		☑ 0 - Não recebeu
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

CARLOS DE OLIVEIRA FERREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

CARLIN

20063909388

4.05 - Sexo

- (•) 1 - Masculino
- ( ) 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

15/05/1997

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

Cônjuge ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

LURDENIR DE OLIVEIRA FERREIRA

[ ] 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO FERREIRA NETO

[ ] 2 - Não sabe

4.11- Onde CARLOS nasceu?

- ( ) 1 - Neste município
- (•) 2 - Em outro município
- ( ) 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CARLOS nasceu?

CEARA

[ ] 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CARLOS nasceu?

CAPISTRANO

[ ] 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CARLOS nasceu?

[ ] 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CARLOS 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 CARLOS ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-CARLOS 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 CARLOS?

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

2 - Data do registro

05/01/2012

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01755801551999100015140001433074

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

CAPISTRANO

5.02 - Número de inscrição do CPF

6195429341

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número	2 -Complemento	3 - Data da emissão
2008098051748		10/10/2008

4 - Estado emissor	5 - Sigla do órgão emissor
CEARA	SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número	2 - Série	3 - Data da emissão
132244	50	19/05/2015

4 - Estado emissor
CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número	2 - Zona	3 - Seção
84433940795	105	97

Pessoa com deficiência

6.01 - CARLOS 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 CARLOS 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 CARLOS 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 - CARLOS sabe ler e escrever?

- (•) 1 - Sim
- ( ) 2 - Não

7.02 - CARLOS frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Terceiro(a)

7.11 - CARLOS concluiu esse curso que frequentou?

- [x] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CARLOS trabalhou?

- [x] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

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

- [x] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CARLOS era:

Trabalhador não-remunerado

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

- [x] 0 - Não recebeu

8.06 - CARLOS 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 CARLOS nesse período?

8.09 - Quanto CARLOS recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador		☑ 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		☑ 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		☑ 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia		☑ 0 - Não recebeu
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

CALEB OLIVEIRA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

23830460461

4.05 - Sexo

- (•) 1 - Masculino
- ( ) 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

29/05/2018

4.07 - Relação de parentesco de CALEB 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)

ANTONIA ALINE NASCIMENTO DA SILVA

[ ] 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

CARLOS DE OLIVEIRA FERREIRA

[ ] 2 - Não sabe

4.11- Onde CALEB nasceu?

- ( ) 1 - Neste município
- (•) 2 - Em outro município
- ( ) 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CALEB nasceu?

CEARA

[ ] 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CALEB nasceu?

ARATUBA

[ ] 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CALEB nasceu?

[ ] 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CALEB 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 CALEB ?

- [ ] 1 - Sim
- [x] 2 - Não

4.17-CALEB 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 CALEB?

- [ ] Feminina
- [ ] Masculina
- [ ] Não binário(a)

Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- [x] 1 - Nascimento
- [ ] 2 - Casamento
- [ ] 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

CARTORIO ARATUBA

2 - Data do registro

05/06/2018

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01662601552018100018052001538958

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

ARATUBA

5.02 - Número de inscrição do CPF

9735851377

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número	2 -Complemento	3 - Data da emissão
20231076198		17/05/2023

4 - Estado emissor	5 - Sigla do órgão emissor
CEARA	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 - CALEB 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 CALEB tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- [ ] 1 - Cegueira
- [ ] 2 - Baixa visão
- [ ] 3 - Surdez severa/profunda
- [ ] 4 - Surdez leve/moderada
- [ ] 5 - Deficiência física
- [x] 6 - Deficiência mental ou intelectual
- [ ] 7 - Síndrome de Down
- [x] 8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência CALEB recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- [ ] 1 - Não
- [x] 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 - CALEB sabe ler e escrever?

- ( ) 1 - Sim
- (•) 2 - Não

7.02 - CALEB frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

JOSE ASSIS DE OLIVEIRA EMEIEF

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

23080590

- [ ] 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CALEB frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Segundo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - CALEB concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CALEB trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CALEB era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - CALEB 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 CALEB nesse período?

8.09 - Quanto CALEB recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador		☐ 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		☑ 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		☐ 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	R$ 210	☐ 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares		☐ 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

CAUE OLIVEIRA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

23874305445

4.05 - Sexo

- (•) 1 - Masculino
- ( ) 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

21/07/2019

4.07 - Relação de parentesco de CAUE 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)

ANTONIA ALINE NASCIMENTO DA SILVA

[ ] 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

CARLOS DE OLIVEIRA FERREIRA

[ ] 2 - Não sabe

4.11- Onde CAUE nasceu?

- ( ) 1 - Neste município
- (•) 2 - Em outro município
- ( ) 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CAUE nasceu?

CEARA

[ ] 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CAUE nasceu?

FORTALEZA

[ ] 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CAUE nasceu?

[ ] 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CAUE 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 CAUE ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-CAUE 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 CAUE?

Feminina Masculina Não binário(a)

Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

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

b) Dados

1 - Nome do cartório

CARTORIO DO REGISTRO CIVIL DA 3 ZONA

2 - Data do registro

22/07/2019

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

02039601552019100409005029170 51

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

10668665386

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número	2 -Complemento	3 - Data da emissão
20231075949		17/05/2023

4 - Estado emissor	5 - Sigla do órgão emissor
CEARA	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 - CAUE 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 CAUE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- [ ] 1 - Cegueira
- [ ] 2 - Baixa visão
- [ ] 3 - Surdez severa/profunda
- [ ] 4 - Surdez leve/moderada
- [ ] 5 - Deficiência física
- [x] 6 - Deficiência mental ou intelectual
- [ ] 7 - Síndrome de Down
- [ ] 8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência CAUE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- [ ] 1 - Não
- [x] 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 - CAUE sabe ler e escrever?

- ( ) 1 - Sim
- (•) 2 - Não

7.02 - CAUE frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

JOSE ASSIS DE OLIVEIRA EMEIEF

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

23080590

- [ ] 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CAUE frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Primeiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - CAUE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim
- 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CAUE trabalhou?

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CAUE era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - CAUE 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 CAUE nesse período?

8.09 - Quanto CAUE recebe, normalmente, por mês de:

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador		☐ 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		☑ 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		☐ 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	R$ 210	☐ 0 - Não recebeu
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	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Celular	85	988852330	

- ( ) 1 - Sim
- (•) 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Não tem			( ) 1 - Sim ( ) 2 - Não

c) Email

Tipo	Email	Autoriza recebimento de E-mail
Não tem		( ) 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	1.02 - UF	1.03 - Município
050362723-23	CE	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

18/09/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

ROSANE SILVA COSTA

1.12 - CPF

1598161300

1.13 - Observações

TRANSFERENCIA DE MUNICIPIO

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
- [x] 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
- [x] 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.

- [ ] 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
- [x] 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