

Identificação e controle

1.01 - Código familiar**011999992-70****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**22/12/2025****Endereço da família****1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****JARDIM BANDEIRANTES****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)**

1.14 - Nome**JOSE FERREIRA DA SILVA****1.15 - Número****0000000000000210****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****61.934-230****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****CAMPO DIAMANTINO****Entrevistador****1.21 - Nome****RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.22 - CPF****5810171370****1.23 - Observações****ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE****Características do domicílio**

2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:

- 1 - Urbanas 2 - Rurais

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

Cerâmica, lajota ou pedra

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

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

- 1 - Total 2 - Parcial
 3 - Não Existe

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

- 1 - Particular Permanente
 2 - Particular improvisado
 3 - Coletivo

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

1

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

Rede geral de distribuição

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

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

Elétrica sem medidor

Família

3.01 - A família é

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

4

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

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

2 - Não sabe

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

| Faixa etária | Quantidade | |
|--|----------------------|---|
| 1 Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos) | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos) | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais) | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

Tipo de despesa**Valor**

1 Energia elétrica 0 - Não tem

2 Água e esgoto 0 - Não tem

3 Gás, carvão e lenha 0 - Não tem

4 Alimentação, higiene e limpeza 0 - Não tem

5 Transporte 0 - Não tem

6 Aluguel 0 - Não tem

7 Medicamentos de uso regular 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:

2372037 - USF MARIA DAS GRACAS MAXIMIANO

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

23076506632 - CRAS JARDIM BANDEIRANTES

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

MARIA GODERLANDIA DA SILVA

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

16432446954

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

14/06/1976

**4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)****MARIA VILANY DE FREITAS SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE CARLOS DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-MARIA 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 MARIA?

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

V MOARES

2 - Data do registro

26/11/2016

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

02039601551977100020550002305696

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

1706546300

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

20081762008**12/09/2017****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****5637477****2 - Série****10****3 - Data da emissão****18/11/2003****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****58282650736****2 - Zona****83****3 - Seção****603****Pessoa com deficiência****6.01 - MARIA 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 MARIA 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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 1^a a 4^a séries, Elementar (Primário), P

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

Quarto(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:**8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA 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 MARIA nesse período?****8.09 - Quanto MARIA 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****CAROLINA DA SILVA PAULA****4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)****16432301875****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**28/01/2001****4.07 - Relação de parentesco de CAROLINA com a pessoa responsável
pela unidade familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****MARIA GORDELANDIA FREITAS SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde CAROLINA nasceu?**

- 1 - Neste município

- 2 - Em outro município

- 3 - Em outro país

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

FORTALEZA

L - Não sabe

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

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-CAROLINA 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 CAROLINA?

- 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**

MONDUBIM

2 - Data do registro

08/06/2000

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

A57**178****00017997****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****2 - Zona****3 - Seção**

Pessoa com deficiência

6.01 - CAROLINA 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 CAROLINA 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 CAROLINA 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 - CAROLINA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - CAROLINA frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - CAROLINA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CAROLINA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CAROLINA era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - CAROLINA 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 CAROLINA nesse período?

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

| Fontes de renda | Valor | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| 1 Ajuda/doação regular de não morador | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| | Fontes de renda | Valor | |
|---|--|----------------------|--|
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

ELISANGELA RODRIGUES PEREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16130649089

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**05/10/1974****4.07 - Relação de parentesco de ELISANGELA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Não parente****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****EXPEDITA RODRIGUES PEREIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ANTONIO PEREIRA DA CONCEICAO** 2 - Não sabe**4.11- Onde ELISANGELA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não

4.17-ELISANGELA 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 ELISANGELA?

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**

CAVALCANTI FILHO

2 - Data do registro

25/04/1975

3 - Número do livro

136

4 - Número da folha

103

5 - Número do termo/RANI

00119137

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

CEARA

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****000000009408702613****2 - Complemento****3 - Data da emissão****16/09/2008****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 - ELISANGELA 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 ELISANGELA 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 ELISANGELA 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 - ELISANGELA sabe ler e escrever? 1 - Sim 2 - Não**7.02 - ELISANGELA frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ELISANGELA 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 ELISANGELA frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que ELISANGELA frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ELISANGELA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Fundamental 1^a a 4^a séries, Elementar (Primário), P****7.10 - Qual foi o último ano/série que ELISANGELA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Segundo(a)****7.11 - ELISANGELA concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração**8.01 - Na semana passada ELISANGELA trabalhou?**

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ELISANGELA era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - ELISANGELA 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 ELISANGELA nesse período?

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

| | Fontes de renda | Valor | |
|---|--|----------------------|--|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| Fontes de renda | Valor |
|--|--|
| 5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

5

4.02 - Nome completo

MARIA EDUARDAS DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

23800483994

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

30/11/2014

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA GODERLANDIA DA SILVA SOUSA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2 2 - Não sabe**4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-MARIA 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 MARIA?

- 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 BRAGA OFICIO DE NOTAS E REGISTROS PUBLI****2 - Data do registro****07/11/2017****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****02063601552017100144011010350410****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****9215640312****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social**1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - MARIA 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 MARIA 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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

EVANDRO AYRES DE MOURA EMEF

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

- 1 - Sim 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080256

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Sexto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:**8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA 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 MARIA nesse período?****8.09 - Quanto MARIA recebe, normalmente, por mês de:**

| Fontes de renda | Valor | |
|--|----------------------|---|
| 1 Ajuda/doação regular de não morador | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 Seguro-desemprego | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 Pensão alimentícia | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem**4.02 - Nome completo****4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**4.07 - Relação de parentesco de ISAQUE com a pessoa responsável
pela unidade familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde ISAQUE nasceu?**

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

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

MARACANAU

L - Não sabe

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

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-ISAQUE 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 ISAQUE?

- 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****CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCAR.****2 - Data do registro****27/09/2017****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI**

6 - Matrícula**15411201552017100007168000196871****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****9158079394****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

Pessoa com deficiência

6.01 - ISAQUE 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 ISAQUE 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 ISAQUE 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 - ISAQUE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - ISAQUE frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23080256 - EVANDRO AYRES DE MOURA EMEF

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

- 1 - Sim 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080256

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ISAQUE frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a 10 anos)

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

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

(campo vazio)

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

(campo vazio)

7.11 - ISAQUE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ISAQUE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ISAQUE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ISAQUE 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 ISAQUE nesse período?

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

| Fontes de renda | Valor | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| 1 Ajuda/doação regular de não morador | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| | Fontes de renda | Valor |
|---|--|---|
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia | <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

7

4.02 - Nome completo

PEDRO LUCAS DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

23871747382

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**15/07/2019****4.07 - Relação de parentesco de PEDRO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Neto(a) ou bisneto(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****VITORIA CAROLINA DA SILVA PAULA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde PEDRO nasceu?**

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

4.12 - Em que estado PEDRO nasceu?**CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município PEDRO nasceu?****MARACANAU** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro PEDRO nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de PEDRO 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 PEDRO ? 1 - Sim 2 - Não**4.17-PEDRO 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 PEDRO?** 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 ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****17/07/2019****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552019100080016004592053****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU**

5.02 - Número de inscrição do CPF**10660084341****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - PEDRO 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 PEDRO 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 PEDRO 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 - PEDRO sabe ler e escrever? 1 - Sim 2 - Não**7.02 - PEDRO frequenta escola ou creche?**

Sim, rede pública

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

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE 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****23232706** 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que PEDRO frequenta****Ensino Fundamental regular (duração 9 aí)****7.08 - Qual é o ano/série que PEDRO frequenta?****Primeiro(a)****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que PEDRO frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que PEDRO concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - PEDRO concluiu esse curso que frequentou?**

-
- 1 - Sim
-
- 2 - Não

Trabalho e remuneração**8.01 - Na semana passada PEDRO trabalhou?**

-
- 1 - Sim
-
- 2 - Não

8.02 - Na semana passada PEDRO 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 PEDRO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta

(extração vegetal)?

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PEDRO era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - PEDRO 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 PEDRO nesse período?

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

| | Fontes de renda | Valor |
|---|--|---|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

| | | | |
|----------------|------------|------------------|--|
| Tipo | DDD | Número | Autoriza recebimento de mensagem |
| Celular | 85 | 991726901 | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

b) Telefone secundário

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

c) Email**Tipo****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****011999992-70****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 - Fora do domicílio

2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio

1.10 - Data da entrevista**22/12/2025**

Entrevistador

1.11 - Nome**RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.12 - CPF****5810171370****1.13 - Observações****ATUALIZACAO CADASTRAL ONLINE**

Vinculação a programas e serviços

2.01 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.

Este quesito admite múltipla marcação.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS) |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum |

2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?

- 1 - Sim 2 - Não

2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.

- 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social

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

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

a) Nº de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

- 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 Cidades. Lista de Programas.

Este quesito foi desabilitado.

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

O - Nenhuma