

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

049415870-06

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

01/04/2026

Endereço da família

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

COQUEIRAL

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

RUA

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

1.14 - Nome

DAS FLORES

1.15 - Número

700

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

61.902-145

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

JANAINA DE MELO PEREIRA

1.22 - CPF

3739625333

1.23 - Observações

TRANSFERENCIA DE MUNICIPIO FAMILIA BENEFICIARIA BPC PESSOA COM
DEIFICIENCIA ATENDIMENTO TECNICO PAIF

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 com medidor próprio

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

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

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

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

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

	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	R\$ 106	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 96	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 120	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 400	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 400	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R\$ 221	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

2372185 - USF FLAVIO BELISARIO DE SOUSA

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

23076535803 - CRAS PIRATININGA

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

1 - Sim 2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim 2 - Não

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

AMANDA KESSE ALMEIDA FERREIRA GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23792359533

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

24/11/1997

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

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 AMANDA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não

4.17-AMANDA 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 AMANDA?

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

03/07/2017

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552017200022204000770450

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

8101314393

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 - AMANDA 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 AMANDA 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 AMANDA 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 - AMANDA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - AMANDA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

Nono(a)

7.11 - AMANDA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim

2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada AMANDA trabalhou?

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal AMANDA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - AMANDA 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 AMANDA nesse período?

8.09 - Quanto AMANDA 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

FRANCISCO EVILARDO GOMES DE SOUZA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16263656507

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

27/05/1992

4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCO 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)

MARIA DA CONCEICAO GOMES DE SOUZA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO EVILARDO RODRIGUES DE SOUZA

2 - Não sabe

4.11- Onde FRANCISCO nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado FRANCISCO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município FRANCISCO nasceu?

2 - Não sabe

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FRANCISCO nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FRANCISCO 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 FRANCISCO ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-FRANCISCO 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 FRANCISCO?

- Feminina Masculina Não binário(a)

Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

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

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

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

75346100795

104

252

Pessoa com deficiência

6.01 - FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 - FRANCISCO sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - FRANCISCO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Terceiro(a)

7.11 - FRANCISCO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCO trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCO era:

Empregado com carteira de trabalho assinada

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

0 - Não recebeu

R\$ 1.612

8.06 - FRANCISCO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

11

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

R\$ 15.991

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

Fontes de renda

Valor

1

Ajuda/doação regular de não morador



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 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

3

4.02 - Nome completo

EZEQUIEL ALMEIDA GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23866011276

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

14/09/2017

4.07 - Relação de parentesco de EZEQUIEL 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)

AMANDA KESSE ALMEIDA FERREIRA GOMES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO EVILARDO GOMES DE SOUZA

2 - Não sabe

4.11- Onde EZEQUIEL nasceu?

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

4.12 - Em que estado EZEQUIEL nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município EZEQUIEL nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EZEQUIEL nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EZEQUIEL 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 EZEQUIEL ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-EZEQUIEL 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 EZEQUIEL?

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

18/09/2017

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552017100061175004037994

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

**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 - EZEQUIEL 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 EZEQUIEL tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão | <input checked="" 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 EZEQUIEL recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input checked="" 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 - EZEQUIEL sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - EZEQUIEL frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23081309 - ELIAN DE AGUIAR MENDES 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

23081309

 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que EZEQUIEL frequenta**

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**7.09 - Qual foi o curso mais elevado que EZEQUIEL frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que EZEQUIEL concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - EZEQUIEL concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada EZEQUIEL trabalhou? 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada EZEQUIEL 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 EZEQUIEL exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal EZEQUIEL era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - EZEQUIEL 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 EZEQUIEL nesse período?**

8.09 - Quanto EZEQUIEL 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	R\$ 1.621	<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 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

4.02 - Nome completo

ANA ESTER ALMEIDA GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21430066689

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

25/01/2023

4.07 - Relação de parentesco de ANA 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 ANA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não

4.17-ANA 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 ANA?

Feminina Masculina Não binário(a)

Documentos**5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

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

b) Dados**1 - Nome do cartório**

CARTORIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCAR

2 - Data do registro

29/01/2023

3 - Número do livro**4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

15411201552023100025095000729565

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

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 - ANA 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 ANA 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 ANA 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 - ANA sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - ANA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23080787 - JUVENIL CRECHE ESCOLA

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

23080787

 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que ANA frequenta**

Creche

7.08 - Qual é o ano/série que ANA frequenta?**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ANA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que ANA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou? 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada ANA 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 ANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ANA 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 ANA nesse período?

8.09 - Quanto ANA 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

5

4.02 - Nome completo

DAVI ALMEIDA GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21306415960

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/11/2019

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parada

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

AMANDA KESSE ALMEIDA FERREIRA GOMES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO EVILARDO GOMES DE SOUZA

2 - Não sabe

4.11- Onde DAVI nasceu?

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

4.12 - Em que estado DAVI nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município DAVI nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro DAVI nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de DAVI 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 DAVI ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-DAVI 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 DAVI?

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

14/11/2019

3 - Número do livro**4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

02063601552019100152191010608391

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

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 - DAVI 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 DAVI tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão | <input checked="" 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 DAVI 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 checked="" 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 - DAVI sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - DAVI frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23081309 - ELIAN DE AGUIAR MENDES 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

23081309

 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que DAVI frequenta**

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Primeiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**7.09 - Qual foi o curso mais elevado que DAVI frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que DAVI concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - DAVI concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada DAVI trabalhou? 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada DAVI 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 DAVI exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal DAVI era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - DAVI 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 DAVI nesse período?

8.09 - Quanto DAVI 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

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

994169840

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Não tem

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

1 - Sim

2 - Não

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

049415870-06

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

1.10 - Data da entrevista

01/04/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

JANAINA DE MELO PEREIRA

1.12 - CPF

3739625333

1.13 - Observações

TRANSFERENCIA DE MUNICIPIO FAMILIA BENEFICIARIA BPC PESSOA COM DEIFICIENCIA ATENDIMENTO TECNICO PAIF

Vinculação a programas e serviços

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

Este quesito admite múltipla marcação.

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

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

- 1 - Sim 2 - Não

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

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

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

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

a) Nº de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

0 - Nenhuma