

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

054857145-79

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

1.10 - Data da entrevista

22/05/2026

## 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

PAULO CAMPOS TELES

1.15 - Número

000000000001064

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

A

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

1.18 - CEP

61.916-550

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## PROXIMO O MERCADINHO SAO FRANCISCO

## Entrevistador

1.21 - Nome

SUELY FERREIRA CAMPOS

1.22 - CPF

36002720391

1.23 - Observações

ATUALIZACAO INCLUSAO ORDEM 03

## 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?

5

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 sem medidor

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

 1 - Total  2 - Parcial  3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

3

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

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

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

	Faixa etária	Quantidade	
1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="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	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 95	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 300	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 300	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

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

LAIANE DOS SANTOS GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16434935391

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

27/06/2000

4.07 - Relação de parentesco de LAIANE 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 JOSE DOS SANTOS GOMES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

2 - Não sabe

4.11- Onde LAIANE nasceu?

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

4.12 - Em que estado LAIANE nasceu?

2 - Não sabe

4.13 - Em que município LAIANE nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro LAIANE nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de LAIANE 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 LAIANE ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-LAIANE 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 LAIANE?

- 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

20171525188

2 - Complemento

3 - Data da emissão

02/08/2017

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

95647840787

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - LAIANE 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 LAIANE 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 LAIANE 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 - LAIANE sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - LAIANE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

Oitavo(a)

7.11 - LAIANE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LAIANE trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LAIANE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - LAIANE 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 LAIANE nesse período?

8.09 - Quanto LAIANE 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

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 ANA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

LAIANE DOS SANTOS GOMES

 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?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANA nasceu?

FORTALEZA

 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 DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE PAR

2 - Data do registro

17/04/2018

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

02037001552018100525219028960573

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

9619687370

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?

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

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

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

02/12/2019

4.07 - Relação de parentesco de ANGELO 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)

LAIANE DOS SANTOS GOMES

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

4.11- Onde ANGELO nasceu?

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

4.12 - Em que estado ANGELO nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANGELO nasceu?

MARACANAU

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ANGELO nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANGELO 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 ANGELO ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-ANGELO 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 ANGELO?

- 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

10/11/2023

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552023100104133005323741

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

1184792372

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

 1 - Cegueira 5 - Deficiência física 2 - Baixa visão 6 - Deficiência mental ou intelectual

3 - Surdez severa/profunda 7 - Síndrome de Down 4 - Surdez leve/moderada 8 - Transtorno/doença mental

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

 1 - Não 4 - Sim, de vizinho 2 - Sim, de alguém da família 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial 3 - Sim, de cuidador especializado 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - ANGELO sabe ler e escrever?

 1 - Sim 2 - Não

7.02 - ANGELO frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Primeiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ANGELO concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANGELO trabalhou?

 1 - Sim     2 - Não

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

 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANGELO era:

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

 0 - Não recebeu

8.06 - ANGELO 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 ANGELO nesse período?

8.09 - Quanto ANGELO 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

ANA MAITE DOS SANTOS GOMES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

02/09/2025

4.07 - Relação de parentesco de ANA 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)

LAIANE DOS SANTOS GOMES

 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?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANA nasceu?

MARACANAU

 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)

## 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

## 2 - Data do registro

04/09/2025

## 3 - Número do livro

## 4 - Número da folha

## 5 - Número do termo/RANI

## 6 - Matrícula

02063601552025100178047011373917

## 7 - Estado de registro

CEARA

## 8 - Município de registro

MARACANAU

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

13371362396

## 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?**

Nunca frequentou

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

Fontes de renda	Valor
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	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text" value="Celular"/>	<input type="text" value="85"/>	<input type="text" value="92515342"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

## b) Telefone secundário

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

## c) Email

Tipo	Email	Autoriza recebimento de E-mail
<input type="text" value="Não declarado"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="text" value="054857145-79"/>	<input type="text" value="CE"/>	<input type="text" value="MARACANAU"/>
1.04 - Distrito	1.05 - Subdistrito	1.06 - Setor censitário
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.07 - Modalidade da operação	1.08 - Forma de coleta de dados	
<input type="radio"/> 1 - Inclusão <input checked="" type="radio"/> 2 - Alteração	<input checked="" type="radio"/> 1 - Fora do domicílio <input type="radio"/> 2 - Em domicílio <input type="radio"/> 3 - Impossibilidade em domicílio	
1.10 - Data da entrevista		

22/05/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

SUELY FERREIRA CAMPOS

1.12 - CPF

36002720391

1.13 - Observações

ATUALIZACAO INCLUSAO ORDEM 03

## 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 |

- 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

- 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?**

**0 - Nenhuma**