

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

047033999-38

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

12/02/2026

## Endereço da família

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

CONJUNTO INDUSTRIAL

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

RUA

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

12

00000000000000014

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

61.925-220

ALTOS

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

CASA DE RACAO DA DONA MARIA

## Entrevistador

1.21 - Nome

LILIANE LIMA DE AGUIAR

1.22 - CPF

2697886389

1.23 - Observações

ATUALIZACAO POR TEMPO DE VALIDADE

## Características do domicílio

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



1 - Urbanas



2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?



1 - Particular Permanente



2 - Particular improvisado

☐ 3 - Coletivo

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

1

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

Cimento

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

Alvenaria/tijolo sem revestimento

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



1 - Sim



2 - Não

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

Rede geral de distribuição

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



1 - Sim



2 - Não

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

Elétrica com medidor próprio

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



1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?



1 - Sim



2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva

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

indígena?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

☐ 2 - Não  
sabe

3.05 - A família é  
quilombola?

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐ 2 - Não  
consta no  
município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

(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)

☒ 0 - Não  
tem

2

Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59  
anos)

☒ 0 - Não  
tem

3

Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

☒ 0 - Não  
tem

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

Tipo de despesa

Valor

1

Energia elétrica

☐ 0 - Não tem

2

Água e esgoto

☐ 0 - Não tem

| Tipo de despesa |                                | Valor   |                                                 |
|-----------------|--------------------------------|---------|-------------------------------------------------|
| 3               | Gás, carvão e lenha            | R\$ 120 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4               | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 500 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5               | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6               | Aluguel                        | R\$ 250 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 7               | Medicamentos de uso regular    |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

2372053 - USF SENADOR FERNANDES TAVORA

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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

JOAO EDSON PEREIRA FERNANDES

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

**16186243916****4.05 - Sexo**

- ☒ 1 - Masculino  
☐ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****28/11/1987****4.07 - Relação de parentesco de JOAO 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)****ANTONIA CEZAR PEREIRA**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO FERNANDES DO CARMO**☐ 2 - Não sabe**4.11- Onde JOAO nasceu?**

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

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-JOAO 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 JOAO?**

☐ 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**

CYSNE

**2 - Data do registro**

18/06/1990

**3 - Número do livro**

131

**4 - Número da folha**

59

**5 - Número do termo/RANI**

00169954

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

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

2001684363

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

1 - Número

00000002002025019C

2 - Complemento

3 - Data da emissão

01/08/2002

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

6506302

2 - Série

10

3 - Data da emissão

13/04/2004

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

58836770728

2 - Zona

122

3 - Seção

93

## Pessoa com deficiência

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

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, L**

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

7.11 - JOAO concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JOAO trabalhou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JOAO era:

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

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

☐

0 - Não recebeu

**R\$ 250**

8.06 - JOAO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

4

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

R\$ 1.000

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

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

JULIETE KERLI SILVA RODRIGUES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

**23697975656****4.05 - Sexo**

- ☐ 1 - Masculino
- ☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****13/10/1989****4.07 - Relação de parentesco de JULIETE 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 SOUSA SILVA RODRIGUES**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****HAROLDO FERREIRA RODRIGUES**☐ 2 - Não sabe**4.11- Onde JULIETE nasceu?**

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

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-JULIETE 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 JULIETE?**

☐ 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**

IRINEU

**2 - Data do registro**

23/09/2025

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

0206100155199210000647900061827

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

TURURU

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

1197832319

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

1 - Número

01197832319

2 - Complemento

3 - Data da emissão

29/10/2025

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

775903

2 - Série

20

3 - Data da emissão

02/10/2006

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

72863660787

2 - Zona

122

3 - Seção

94

## Pessoa com deficiência

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que JULIETE 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 JULIETE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Terceiro(a)

7.11 - JULIETE concluiu esse curso que frequentou?



1 - Sim



2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JULIETE trabalhou?



1 - Sim



2 - Não

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



1 - Sim



2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JULIETE era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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



0 - Não recebeu

R\$ 250

8.06 - JULIETE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

12

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

R\$ 3.000

8.09 - Quanto JULIETE 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

3

4.02 - Nome completo

MARIA CECILIA SILVA FERNANDES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

**23766877654****4.05 - Sexo**

- ☐ 1 - Masculino
- ☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****17/09/2015****4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)****JULIETE KERLI SILVA RODRIGUES**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOAO EDSON PEREIRA FERNANDES**☐ 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**

CARTORIO JAIME ARARIPE REGISTRO CIVIL DAS PESSO

**2 - Data do registro**

18/09/2015

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

01876201552015100532225038111589

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

10870945343

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

1 - Número

10870945343

2 - Complemento

3 - Data da emissão

30/10/2025

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 - 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

☐

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 MARIA 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 - 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?**

**WALMIKI SAMPAIO DE ALBUQUERQUE 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**

**23197196**

☐

2 - Não tem

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

**Ensino Fundamental regular (duração 9**

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

**Quinto(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            |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

DDD

Número

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

047033999-38

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- ☐ 1 - Inclusão  
☒ 2 - Alteração
- ☒ 1 - Fora do domicílio  
☐ 2 - Em domicílio

☐ 3 - Impossibilidade em domicílio**1.10 - Data da entrevista**

12/02/2026

**Entrevistador****1.11 - Nome**

LILIANE LIMA DE AGUIAR

**1.12 - CPF**

2697886389

**1.13 - Observações**

ATUALIZACAO POR TEMPO DE VALIDADE

**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) N° 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 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 checked="" type="checkbox"/> 24 - Nenhum                                                                                              |

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**