

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

058293825-20

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

13/05/2026

## Endereço da família

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

JARDIM BANDEIRANTES

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

RUA

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

CAPITAO

1.14 - Nome

JUSTINIANO LOPES DA CUNHA

1.15 - Número

940

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

61.934-210

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

MERCADINHO ECONOMIA

Entrevistador

1.21 - Nome

IEDJA CRISTINA DA CONCEICAO SOUSA

1.22 - CPF

66598079349

1.23 - Observações

ATUALIZACAO E RECEBE PBF

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?

Cimento

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?

Outra forma

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

Fossa rudimentar

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

Elétrica sem medidor

## Família

3.01 - A família é indígena?

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

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?**

	<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	
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\$ 62	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 400	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
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:

**2372037 - USF MARIA DAS GRACAS MAXIMIANO**

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

**23076506632 - CRAS JARDIM BANDEIRANTES**

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

1 - Sim     2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim     2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

CRISTINA EVEN GOMES CAETANO

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

16434186658

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

23/01/1995

4.07 - Relação de parentesco de CRISTINA 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)

ADRIENE GOMES RIBEIRO

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO ARNALDO DE SOUSA CAITANO

2 - Não sabe

4.11- Onde CRISTINA nasceu?

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

4.12 - Em que estado CRISTINA nasceu?

DISTRITO FEDERAL

2 - Não sabe

4.13 - Em que município CRISTINA nasceu?

BRASILIA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CRISTINA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CRISTINA 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 CRISTINA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-CRISTINA 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 CRISTINA?

- 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

1 OFICIO

2 - Data do registro

05/07/2001

3 - Número do livro

103

4 - Número da folha

23

5 - Número do termo/RANI

00109924

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

**DISTRITO FEDERAL**

8 - Município de registro

**BRASILIA**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**6250354379**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**20078626093**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**02/05/2011**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**1070573**

2 - Série

**40**

3 - Data da emissão

**10/07/2012**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

**79687250736**

2 - Zona

**104**

3 - Seção

**70**

6.01 - CRISTINA 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 CRISTINA 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 CRISTINA 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 - CRISTINA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - CRISTINA frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Primeiro(a)

7.11 - CRISTINA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CRISTINA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CRISTINA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - CRISTINA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

6

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

R\$ 15.170

8.09 - Quanto CRISTINA 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

ANTONIO MAGNO DOS SANTOS

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

13152292197

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

03/01/1982

4.07 - Relação de parentesco de ANTONIO 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)

FRANCISCA NARCIZA DOS SANTOS

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE RIBAMAR DOS SANTOS

2 - Não sabe

4.11- Onde ANTONIO nasceu?

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

4.12 - Em que estado ANTONIO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANTONIO nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ANTONIO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANTONIO 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 ANTONIO ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-ANTONIO 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 ANTONIO?

- 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

26129337

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000020010406

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

367848

2 - Série

45

3 - Data da emissão

04/06/1998

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

27484920701

2 - Zona

3 - Seção

Pessoa com deficiência

6.01 - ANTONIO 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 ANTONIO 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 ANTONIO 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 - ANTONIO sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - ANTONIO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Terceiro(a)

7.11 - ANTONIO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANTONIO trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANTONIO era:

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

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

0 - Não recebeu

**R\$ 200**

8.06 - ANTONIO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

**1**

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

**R\$ 200**

8.09 - Quanto ANTONIO 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

MARILIA RADASSA GOMES NOBRE

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

21377213732

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/06/2021

4.07 - Relação de parentesco de MARILIA 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)

CRISTINA EVEN GOMES CAETANO

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO WELLINGTON DA SILVA NOBRE

2 - Não sabe

4.11- Onde MARILIA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado MARILIA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município MARILIA nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MARILIA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MARILIA 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 MARILIA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-MARILIA 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 MARILIA?

- 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

0206360155202110015913301081254

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

11883468302

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 - MARILIA 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 MARILIA 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 MARILIA 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 - MARILIA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - MARILIA frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE EMEIEF**

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23232706

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARILIA frequenta

Pré-escola (exceto CA),

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - MARILIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARILIA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARILIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - MARILIA 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 MARILIA nesse período?

8.09 - Quanto MARILIA 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

4.02 - Nome completo

RAYSSA EVEN GOMES NOBRE

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

21377212000

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

08/05/2022

4.07 - Relação de parentesco de RAYSSA 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)

CRISTINA EVEN GOMES CAETANO

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO WELLINGTON DA SILVA NOBRE

2 - Não sabe

4.11- Onde RAYSSA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado RAYSSA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município RAYSSA nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro RAYSSA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de RAYSSA 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 RAYSSA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-RAYSSA 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 RAYSSA?

- 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

0203960155202210044415703023571

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

12401901310

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 - RAYSSA 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 RAYSSA 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 RAYSSA 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 - RAYSSA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - RAYSSA frequenta escola ou creche?

**Sim, rede particular**

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

**23298618 - ANJO GABRIEL 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

23298618

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que RAYSSA frequenta

Creche

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - RAYSSA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada RAYSSA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal RAYSSA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - RAYSSA 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 RAYSSA nesse período?

8.09 - Quanto RAYSSA 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****Celular****DDD****85****Número****992772658****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 declarado****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

058293825-20

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

13/05/2026

### Entrevistador

1.11 - Nome

IEDJA CRISTINA DA CONCEICAO SOUSA

1.12 - CPF

66598079349

1.13 - Observações

ATUALIZACAO E RECEBE PBF

### 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 type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência |

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**