

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

081926002-97

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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

1.09 - Formulários preenchidos

- | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Principal | <input type="checkbox"/> 2 - Avulso 2 | <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa em situação de
rua (FS2) |
| <input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Vinculação a
programas e serviços
(FS1) | <input type="checkbox"/> 5 - Representante legal
(FS3) |

**1.10 - Data da
entrevista**

09/12/2025

Endereço da família

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

PAJUCARA

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

RUA

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

HAMILTON DE OLIVEIRA

1.15 - Número

0000000000000331

**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

61.932-840

1.19 - Unidade territorial local**1.20 - Referência para localização****PROXIMO A LAVA JATO BOB ESPONJA****Entrevistador****1.21 - Nome****IEDJA CRISTINA DA CONCEICAO SOUSA****1.22 - CPF****66598079349****1.23 - Observações****ATUALIZACAO E INCLUIR ORDEM 3 E RECEBE PBF****Características do domicílio****2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

- 1 - Urbanas 2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

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

6**1**

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

Cerâmica, lajota ou pedra

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

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

1 - Total 2 - Parcial
 3 - Não Existe

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

Rede geral de distribuição

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

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

Elétrica com medidor próprio

Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

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 checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

Tipo de despesa	Valor	
1 Energia elétrica	R\$ 350	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Água e esgoto	R\$ 100	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Gás, carvão e lenha	R\$ 33	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

Tipo de despesa		Valor	
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 450	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R\$ 129	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

2372169 - USF PREFEITO ANASTACIO SOARES DE LIMA

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

AMANDA DE SOUSA ALMEIDA

4.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)

20049821339

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**05/11/1996****4.07 - Relação de parentesco de AMANDA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ELEUSA MALVEIRA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE IVAN ALVES ALMEIDA** 2 - Não sabe**4.11- Onde AMANDA nasceu?**

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

4.12 - Em que estado AMANDA nasceu?**CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município AMANDA nasceu?****MARACANAU** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro AMANDA nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de AMANDA foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento
 3 - Não
 4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de AMANDA ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-AMANDA é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans Sim, a pessoa é travesti Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de AMANDA?

- Feminina Masculina Não binário(a)

Documentos

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

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

b) Dados**1 - Nome do cartório****ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****16/09/1999****3 - Número do livro****A05****4 - Número da folha****137****5 - Número do termo/RANI****00005349****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****7311217326**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**1 - Número****20084841596****2 - Complemento****3 - Data da emissão****29/04/2013****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****4595233****2 - Série****4****3 - Data da emissão****20/08/2013****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****84345400736****2 - Zona****104****3 - Seção****12****Pessoa com deficiência**

6.01 - AMANDA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim 2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que AMANDA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

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

- 1 - Não
- 2 - Sim, de alguém da família
- 3 - Sim, de cuidador especializado

- 4 - Sim, de vizinho
- 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- 6 - Sim, de outra forma

Escolaridade

7.01 - AMANDA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim
- 2 - Não

7.02 - AMANDA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que AMANDA frequenta

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

Nono(a)

7.11 - AMANDA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada AMANDA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

8.02 - Na semana passada AMANDA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim 2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que AMANDA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal AMANDA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - AMANDA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

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

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

Identificação da pessoa**4.01 - Número de ordem**

4.02 - Nome completo

EMANUELLE FRANCINE DE SOUSA GOMES

**4.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)****4.04 - Apelido/Nome social**

21439749150**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**28/09/2014****4.07 - Relação de parentesco de EMANUELLE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Filho(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****AMANDA DE SOUSA ALMEIDA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANKLIN GOMES DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde EMANUELLE nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não**4.17-EMANUELLE 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 EMANUELLE?** 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****ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****30/09/2014****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0155370155201410004305300313094;****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****9056540300**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**1 - Número****09056540300****2 - Complemento****3 - Data da emissão****02/04/2025****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 - EMANUELLE 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 EMANUELLE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

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

- 1 - Não
- 2 - Sim, de alguém da família
- 3 - Sim, de cuidador especializado

- 4 - Sim, de vizinho
- 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- 6 - Sim, de outra forma

Escolaridade

7.01 - EMANUELLE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim
- 2 - Não

7.02 - EMANUELLE frequenta escola ou creche?

Sim, rede particular

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

COLEGIO SAO FRANCISCO INTEGRAL

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

23247010

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que EMANUELLE frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Quinto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - EMANUELLE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada EMANUELLE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal EMANUELLE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - EMANUELLE 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 EMANUELLE nesse período?

8.09 - Quanto EMANUELLE 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	R\$ 400	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

MAITE FRANCINE DE SOUSA GOMES

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

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**29/04/2025****4.07 - Relação de parentesco de MAITE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Filho(a)****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****AMANDA DE SOUSA ALMEIDA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANKLIN GOMES DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde MAITE nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não**4.17-MAITE 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 MAITE?** 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****ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****02/05/2025****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552025100110216005512074****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****13243504317**

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

- 1 - Cegueira
- 2 - Baixa visão
- 3 - Surdez severa/profunda
- 4 - Surdez leve/moderada

- 5 - Deficiência física
- 6 - Deficiência mental ou intelectual
- 7 - Síndrome de Down
- 8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência MAITE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite multipla 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 - MAITE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MAITE frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - MAITE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MAITE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MAITE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - MAITE 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 MAITE nesse período?

8.09 - Quanto MAITE 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
Celular	85	994008609	

- 1 - Sim
 2 - Não

b) Telefone secundário**Tipo**

Recado

DDD

85

Número

988294643

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**

081926002-97

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 - Posto de atendimento/CRAS
 2 - Em domicílio

1.10 - Data da entrevista

09/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome

IEDJA CRISTINA DA CONCEICAO SOUSA

1.12 - CPF

66598079349

1.13 - Observações

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

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

- 1 - Sim 2 - Não

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

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

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

a) Nº de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

O - Nenhuma