

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****017658130-85****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**

- 0 - Principal
- 1 - Avulso 1

- 2 - Avulso 2
- 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

- 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
- 5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da entrevista****10/12/2025**

## Endereço da família

**1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****ALTO ALEGRE I****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****20****1.15 - Número****0000000000001120****1.18 - CEP**

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

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

**61.922-190**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

## Entrevistador

**1.21 - Nome**

**BRUNA PEREIRA LEAL**

**1.22 - CPF**

**899460305**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO**

## 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?**

**3**

**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 jogado em terreno baldio ou logradouro**

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

1 - Total       2 - Parcial  
 3 - Não Existe

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

**1**

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

**Alvenaria/tijolo com revestimento**

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

**Rede geral de distribuição**

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

**Fossa rudimentar**

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

**Elétrica sem medidor**

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

1 - Sim  
 2 - Não

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

**3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

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

2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

2 - Não consta no município

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

**1**

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

**1**

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

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

Faixa etária	Quantidade	
1 Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

Tipo de despesa	Valor
-----------------	-------

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 250	<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		<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:**

**3775402 - USF LUIZ DE QUEIROZ UCHOA**

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

**23076534641 - CRAS ACARACUZINHO**

**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**

**FRANCISCA RITA DE SOUSA**

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

**12360333730**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**12/11/1969**

**4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCA 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)****ROSA RODRIGUES DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JORGE RITA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde FRANCISCA nasceu?**

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

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

- 
- 1 - Sim
- 
- 2 - Não

**4.17-FRANCISCA 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 FRANCISCA?**

- 
- 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 1 OFICIO DE SOBRAL

2 - Data do registro

12/11/1969

3 - Número do livro

A3

4 - Número da folha

32

5 - Número do termo/RANI

2523

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

SOBRAL

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

37743597334

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

37743597334

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/06/2025

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****1518****18****06/04/1994****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****32643940728****116****219****Pessoa com deficiência**

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Terceiro(a)

7.11 - FRANCISCA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCA trabalhou?

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCA era:**

**8.05 - No mês passado FRANCISCA recebeu remuneração de trabalho?**

(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)



0 - Não recebeu

**8.06 - FRANCISCA 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 FRANCISCA nesse período?**

**8.09 - Quanto FRANCISCA recebe, normalmente, por mês de:**

Fontes de renda	Valor	
1 Ajuda/doação regular de não morador	<b>R\$ 100</b>	<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 checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4 Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem****4.02 - Nome completo****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****4.07 - Relação de parentesco de OSMAR com a pessoa responsável  
pela unidade familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde OSMAR nasceu?** 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país**4.12 - Em que estado OSMAR nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município OSMAR nasceu?** 2 - Não sabe

**VICOSA DO CEARA**

L - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro OSMAR nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de OSMAR 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 OSMAR ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-OSMAR 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 OSMAR?**

- 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****79552072387****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****000000009600258821****2 - Complemento****3 - Data da emissão****28/11/2023****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****77866****2 - Série****40****3 - Data da emissão****14/10/1996****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

41292770744

35

100

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**

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

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

**7.11 - OSMAR concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada OSMAR trabalhou?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal OSMAR era:**

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - OSMAR 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 OSMAR nesse período?**

**8.09 - Quanto OSMAR 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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input 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**

3

**4.02 - Nome completo**

**LUCAS DE SOUSA SILVA**

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

**16475512053**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****04/04/1999****4.07 - Relação de parentesco de LUCAS 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)****FRANCISCA RITA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****CLAUDENIR DO NASCIMENTO SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde LUCAS nasceu?**

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-LUCAS 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 LUCAS?**

- 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****ALENCAR ARARIPE****2 - Data do registro****11/05/1999****3 - Número do livro****204****4 - Número da folha****107****5 - Número do termo/RANI****00221875****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****7401814323****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002008214779****2 - Complemento****3 - Data da emissão****09/02/2018****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****9660802****2 - Série****50****3 - Data da emissão****27/02/2018****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87570410760****2 - Zona****85****3 - Seção****343****Pessoa com deficiência****6.01 - LUCAS 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 LUCAS 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 LUCAS 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 - LUCAS sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - LUCAS frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que LUCAS 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 LUCAS frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que LUCAS frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que LUCAS 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 LUCAS concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Terceiro(a)****7.11 - LUCAS concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada LUCAS trabalhou?** 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada LUCAS 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 LUCAS exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LUCAS era:

**Empregado com carteira de trabalho assinada**

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

0 - Não recebeu

**R\$ 1.435**

8.06 - LUCAS 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 LUCAS nesse período?

**R\$ 17.484**

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

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

## Identificação da pessoa

### 4.01 - Número de ordem

### 4.02 - Nome completo

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

### 4.04 - Apelido/Nome social

### 4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

### 4.06 - Data de nascimento

**4.07 - Relação de parentesco de BRENA 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)**

**FRANCISCA RITA DE SOUSA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**ANTONIO CARNEIRO BARBOSA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde BRENA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado BRENA nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município BRENA nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro BRENA nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de BRENA 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 BRENA ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-BRENA 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 BRENA?**

- 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****REGISTRO CIVIL****2 - Data do registro****10/04/1996****3 - Número do livro****15****4 - Número da folha****33****5 - Número do termo/RANI****00011265****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****5894945380****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20076057644****2 - Complemento****3 - Data da emissão****02/08/2022****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****9026394****2 - Série****30****3 - Data da emissão****01/12/2011****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****81208300787****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência****6.01 - BRENA 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 BRENA 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 BRENA 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 - BRENA sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - BRENA frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que BRENA 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 BRENA frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que BRENA frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que BRENA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Fundamental (duração 9 anos)****7.10 - Qual foi o último ano/série que BRENA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Nono(a)****7.11 - BRENA concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada BRENA trabalhou?** 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada BRENA 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 BRENA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal BRENA era:**

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



0 - Não recebeu

**8.06 - BRENA 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 BRENA nesse período?**

**8.09 - Quanto BRENA recebe, normalmente, por mês de:**

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
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

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>	<b>Autoriza recebimento de mensagem</b>
<b>Celular</b>	<b>85</b>	<b>989118895</b>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

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

**c) Email****Tipo**  
**Não tem****Email**  
**Autoriza recebimento de E-mail** 1 - Sim 2 - Não**9.02 - Documentos**

<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>
FRANCISCA RITA DE SOUSA 37743597334 DOCUMENTO COM FOTO	.pdf	171 KB
FRANCISCA RITA DE SOUSA 37743597334 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	226 KB

**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****017658130-85****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****10/12/2025****Entrevistador****1.11 - Nome****BRUNA PEREIRA LEAL****1.12 - CPF****899460305****1.13 - Observações****ATUALIZACAO****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.

- 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
- 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
- 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
- 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- 5 - Recebe cesta básica
- 6 - Faz refeição em restaurante popular
- 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos
- 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva
- 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)

7 - Faz refeição em cozinha comunitária

13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS

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.**

1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente

13 - ProJovem Campo

2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso

14 - ProJovem Trabalhador

3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF

15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência

4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família

16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias

5 - Centros e Grupos de convivência para idosos

17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida

6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência

18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade

7 - Abrigo para crianças e adolescentes

19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias

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

- 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?**

**O - Nenhuma**