

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

050026130-04

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
 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

22/12/2025

Endereço da família

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

SANTO SATIRO

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

RUA

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

1.14 - Nome

5

1.15 - Número

00000000000000191

**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

61.919-030

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

MERCADINHO ESPACO VERDE

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

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

2.02 - 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?

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 com medidor próprio

Família

3.01 - A família é

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

indígena?

- 1 - Sim
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim
 2 - Não

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
 2 - Não

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

3

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

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

2 - Não sabe

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

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

Faixa etária

Quantidade

1 Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)

0 - Não tem

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

0 - Não tem

3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

0 - Não tem

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

| | Tipo de despesa | Valor | |
|---|--------------------------------|----------------|---|
| 1 | Energia elétrica | R\$ 190 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto | R\$ 246 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 | Gás, carvão e lenha | R\$ 120 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 200 | <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:

6900704 - USF MARIA HELENY MATOS BRANDAO

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

SABRINA ADRIANO LOPES

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

21282263996

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/07/1996

**4.07 - Relação de parentesco de SABRINA 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)

FRANCISCA VANIA DA SILVA LOPES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE IVAN ADRIANO DOS SANTOS

2 - Não sabe

4.11- Onde SABRINA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado SABRINA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município SABRINA nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro SABRINA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de SABRINA 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 SABRINA ?

1 - Sim

2 - Não

4.17-SABRINA 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 SABRINA?



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

7352207350

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número**2 - Complemento****3 - Data da emissão**

000000002008204361

18/05/2012

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

5049444

2 - Série

40

3 - Data da emissão

17/02/2014

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

87223250728

2 - Zona

122

3 - Seção

196

Pessoa com deficiência

6.01 - SABRINA 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 SABRINA 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 SABRINA 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 - SABRINA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - SABRINA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Segundo(a)

7.11 - SABRINA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SABRINA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SABRINA era:

8.05 - No mês passado SABRINA recebeu remuneração de trabalho?

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



0 - Não recebeu

8.06 - SABRINA 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 SABRINA nesse período?

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

| Fontes de renda | Valor | |
|--|----------------------|---|
| 1 Ajuda/doação regular de não morador | R\$ 200 | <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

2

4.02 - Nome completo

JOSE EVALDO JUNIO COSTA LIMA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/ PASEP)

16261278092

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

29/12/1996

4.07 - Relação de parentesco de JOSE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Cônjugue ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA NILZA SILVA COSTA



2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE EVALDO DE OLIVEIRA LIMA



2 - Não sabe

4.11- Onde JOSE nasceu?



1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

4.12 - Em que estado JOSE nasceu?

AMAZONAS



2 - Não sabe

4.13 - Em que município JOSE nasceu?



2 - Não sabe

MANAUS

L - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JOSE nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de JOSE 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 JOSE ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-JOSE 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 JOSE?

- 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

4 OFICIO DO REGISTRO

2 - Data do registro

06/12/1997

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

24

93

00000226

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

AMAZONAS

8 - Município de registro

MANAUS

5.02 - Número de inscrição do CPF

7883271350

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

000000000002700768

2 - Complemento

3 - Data da emissão

09/04/2010

4 - Estado emissor

AMAZONAS

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

7926517

2 - Série

50

3 - Data da emissão

14/07/2017

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

Pessoa com deficiência

6.01 - JOSE 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 JOSE 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 JOSE 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 - JOSE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - JOSE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Primeiro(a)

7.11 - JOSE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JOSE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JOSE era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

- 0 - Não recebeu

R\$ 250

8.06 - JOSE 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 JOSE nesse período?

R\$ 3.000

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

Fontes de renda

Valor

- 1 Ajuda/doação regular de não morador

- 0 - Não recebeu

| | Fontes de renda | Valor |
|---|--|--|
| 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

JOAO MIGUEL ADRIANO LIMA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

23/05/2017

4.07 - Relação de parentesco de JOAO 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)

SABRINA ADRIANO LOPES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE EVALDO JUNIO COSTA LIMA

2 - Não sabe

4.11- Onde JOAO nasceu?

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

4.12 - Em que estado JOAO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município JOAO nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JOAO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de JOAO foi registrado em cartório de registro civil?

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

4.16- Deseja informar o gênero de JOAO ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-JOAO é pessoa trans ou travesti ?

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

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

Feminina Masculina Não binário(a)

Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

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

b) Dados

1 - Nome do cartório

CARTORIO ALBUQUERQUE

2 - Data do registro

25/05/2017

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552017100057105003910815

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

8957099379

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

1 - Sim 2 - Não**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que JOAO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Cegueira
- 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 JOAO 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 - JOAO sabe ler e escrever? 1 - Sim 2 - Não**7.02 - JOAO frequenta escola ou creche?****Sim, rede particular****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que JOAO frequenta?****ESCOLA IDEAL****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

23275839

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que JOAO frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 aí)

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

Segundo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - JOAO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JOAO trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que JOAO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta

(extração vegetal)?

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JOAO era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - JOAO 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 JOAO nesse período?

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

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

BERNARDO ADRIANO LIMA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

21338788525

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

04/04/2021

4.07 - Relação de parentesco de BERNARDO 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)

SABRINA ADRIANO LOPES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE EVALDO JUNIO COSTA LIMA

2 - Não sabe

4.11- Onde BERNARDO nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado BERNARDO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município BERNARDO nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro BERNARDO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de BERNARDO 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 BERNARDO ?

1 - Sim

2 - Não

4.17-BERNARDO 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 BERNARDO?

- 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

06/04/2021

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552021100090029004893411

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

11769649336

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 - BERNARDO 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 BERNARDO 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 BERNARDO 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 - BERNARDO sabe ler e escrever?

 1 - Sim 2 - Não

7.02 - BERNARDO frequenta escola ou creche?

Sim, rede particular

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

23275839 - ESCOLA IDEAL

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

23275839

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que BERNARDO frequenta

Pré-escola (exceto CA),

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - BERNARDO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada BERNARDO trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal BERNARDO era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - BERNARDO 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 BERNARDO nesse período?

8.09 - Quanto BERNARDO 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="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

| | | | |
|----------------|-----------|------------------|--|
| Tipo | DDD | Número | Autoriza recebimento de mensagem |
| Celular | 85 | 986118923 | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

b) Telefone secundário

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

c) Email

| | | |
|----------------------|-------|--|
| Tipo | Email | Autoriza recebimento de E-mail |
| Não declarado | | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

1 - Sim 2 - Não**10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil****Vinculação a programas e serviços****1.01 - Código familiar**

050026130-04

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

1.10 - Data da entrevista

22/12/2025

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
- 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- 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)
- 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.

- | | |
|---|--|
| <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