

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

053453756-15

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

1.09 - Formulários preenchidos

- 0 - Principal  2 - Avulso 2  4 - Pessoa em situação de rua (FS2)  
 1 - Avulso 1  3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)  5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

04/05/2026

## 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

JARDIM PARAISO

1.15 - Número

0000000000000178

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

61.932-502

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## PROXIMO AO CAMPO DO FLAMENGUINHO

## Entrevistador

1.21 - Nome

MARIA DO SOCORRO SOUZA PEREIRA

1.22 - CPF

49205900320

1.23 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL RCEBE BOLSA FAMILIA VALE GAS PASSE LIVRE MUNICIPAL

## 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?

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 coletado diretamente

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

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 sem revestimento

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

Outra forma

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

Fossa rudimentar

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

Elétrica com medidor próprio

1 - Total  2 - Parcial  3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

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

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

|   | 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                               |   |
|---|------------------|-------------------------------------|---|
| 1 | Energia elétrica | <input type="text" value="R\$ 50"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto    | <input type="text"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

|   | Tipo de despesa                | Valor   |   |
|---|--------------------------------|---------|---|
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 35  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 400 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | R\$ 250 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 7 | Medicamentos de uso regular    |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

2372282 - USF JOAO BATISTA DOS SANTOS

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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

1 - Sim  2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim  2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

MARIA DE FATIMA DA SILVA CARNEIRO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20040131585

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

30/05/1996

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

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 MARIA nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado MARIA nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município MARIA nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?

 2 - Não sabe

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

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

## 4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?

 1 - Sim  2 - Não

## 4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?

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

## 4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?

 Feminina  Masculina  Não binário(a)

---

**Documentos**

## 5.01 - Tipo e dados da certidão

## a) Tipo

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

## b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

**CARTORIO ALBUQUERQUE****14/04/2011**

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

**01553701551999100004191000436768**

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**MARACANAU**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**6637374350**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**20082025813**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**10/01/2022**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**3399094**

2 - Série

**60**

3 - Data da emissão

**04/02/2019**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

**81549370779**

2 - Zona

**57**

3 - Seção

**247**

## Pessoa com deficiência

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

 1 - Sim  2 - Não

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

- |   |  |
|---|--|
| <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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginasial), Segunda fa

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

Sétimo(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

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

|   | Fontes de renda  | Valor                |   |
|---|--|----------------------|---|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                    | <input type="text"/> | <input 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 |

| Fontes de renda  | Valor                |   |
|--|----------------------|---|
| 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 IANE 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 IANE nasceu?

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

4.12 - Em que estado IANE nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município IANE nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro IANE nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de IANE 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 IANE ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17- IANE 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 IANE?

- 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 LOPES REGISTRO CIVIL DISTRITO DE MONGUBA**

2 - Data do registro

**03/12/2018**

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

**13705901552018100005267000502166**

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**PACATUBA**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**10147175313**

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 - IANE 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 IANE 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 checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input checked="" 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 - IANE sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - IANE frequenta escola ou creche?

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - IANE concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada IANE trabalhou?

 1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal IANE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - IANE 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 IANE nesse período?

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

30/09/2024

4.07 - Relação de parentesco de YAN 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)

MARIA DE FATIMA DA SILVA CARNEIRO

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ISRAEL DA SILVA

 2 - Não sabe

4.11- Onde YAN nasceu?

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

4.12 - Em que estado YAN nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município YAN nasceu?

MARACANAU

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro YAN nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de YAN 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 YAN ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-YAN 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 YAN?

- 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 DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PAJUCARA

## 2 - Data do registro

03/10/2024

## 3 - Número do livro

## 4 - Número da folha

## 5 - Número do termo/RANI

## 6 - Matrícula

15411201552024100031195000919565

## 7 - Estado de registro

CEARA

## 8 - Município de registro

MARACANAU

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

13049635355

## 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 - YAN 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 YAN tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- 1 - Cegueira  5 - Deficiência física  
 2 - Baixa visão  6 - Deficiência mental ou intelectual  
 3 - Surdez severa/profunda  7 - Síndrome de Down  
 4 - Surdez leve/moderada  8 - Transtorno/doença mental

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

- 1 - Não  4 - Sim, de vizinho  
 2 - Sim, de alguém da família  5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial  
 3 - Sim, de cuidador especializado  6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - YAN sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - YAN frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - YAN concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada YAN trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal YAN era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - YAN 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 YAN nesse período?

8.09 - Quanto YAN 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 |

| 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 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

Celular

DDD

85

Número

994172703

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo

Não declarado

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

#### c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

1 - Sim

2 - Não

## Marcação livre para o município

### 10.01 - Há trabalho infantil na família?

1 - Sim

2 - Não

### 10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

## Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

053453756-15

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 domicilio  2 - Em domicilio  
 3 - Impossibilidade em domicilio

1.10 - Data da entrevista

04/05/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA DO SOCORRO SOUZA PEREIRA

1.12 - CPF

49205900320

1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL RCEBE BOLSA FAMILIA VALE GAS PASSE LIVRE MUNICIPAL

## Vinculação a programas e serviços

2.01 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.

Este quesito admite múltipla marcação.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos  |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)  |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS  |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum   |

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

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

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

a) N° de ordem da pessoa

1 - MARIA DE FATIMA DA SILVA CARNE

b) Código da unidade consumidora

49194943

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

0 - Nenhuma