

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

068731883-10

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

09/06/2026

## Endereço da família

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

ACARACUZINHO

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

RUA

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

**1.14 - Nome**

112A

**1.15 - Número**

00000000000000175

**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**

61.920-470

**1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização**

MERCANTIL J AGUIAR

**Entrevistador****1.21 - Nome**

BRUNA PEREIRA LEAL

**1.22 - CPF**

899460305

**1.23 - Observações****Características do domicílio**

2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:

- 1 - Urbanas     2 - Rurais

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

Cimento

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

- 1 - Total     2 - Parcial  
 3 - Não Existe

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

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

2

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

Rede geral de distribuição

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

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

Elétrica com medidor próprio

## Família

3.01 - A família é

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

3.04 - 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	R\$ 189	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 233	<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\$ 450	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular		<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:**

**6858953 - USF MARIA JOSE DE CARVALHO ANDRADE**

**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

ANA PAULA SILVA DE MORAIS MIRANDA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16004928837

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

01/04/1993

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

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parada

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA ODINEIDE DE SOUSA SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

OSMAR GRIGORIO DE MORAIS

2 - Não sabe

4.11- Onde ANA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado ANA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANA nasceu?

2 - Não sabe

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-ANA 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 ANA?**

- 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**

A105

268V

00125458

## 6 - Matrícula

## 7 - Estado de registro

CEARA

## 8 - Município de registro

FORTALEZA

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

6223142382

## 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

## 1 - Número

20075259669

## 2 - Complemento

## 3 - Data da emissão

27/03/2019

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

## 1 - Número

7131825

## 2 - Série

30

## 3 - Data da emissão

16/06/2011

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

## 1 - Número

## 2 - Zona

## 3 - Seção

75492240752

122

62

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Terceiro(a)

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ANA 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 ANA nesse período?

8.09 - Quanto ANA 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

	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

2

4.02 - Nome completo

DIONES DUARTE MIRANDA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16029602870

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

24/01/1989

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

Cônjuge ou companheiro(a)

**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 DIONES nasceu?**

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

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

1 - Sim     2 - Não

**4.17-DIONES 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 DIONES?**

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

GUERREIRO

##### 2 - Data do registro

12/09/2018

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

02063601552018200054186001805126

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

4224831333

### 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 - DIONES 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 DIONES 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 DIONES 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 - DIONES sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Terceiro(a)

7.11 - DIONES concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada DIONES trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal DIONES era:

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

0 - Não recebeu

R\$ 2.360

8.06 - DIONES 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 DIONES nesse período?

R\$ 24.893

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

MARIA EDUARDA SILVA DUARTE

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21350278280

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

25/09/2020

4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)

ANA PAULA SILVA DE MORAIS MIRANDA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

DIONES DUARTE MIRANDA

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?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município MARIA nasceu?

2 - Não sabe

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  
 4 - Não sabe  
 3 - Não

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

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****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 - 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?**

**Sim, rede pública**

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

ELEAZAR DE CARVALHO EMEF MAESTRO

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

23241322

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta

Pré-escola (exceto CA),

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?

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

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 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

992298249

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

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

1.02 - UF

1.03 - Município

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

Entrevistador

## 1.11 - Nome

BRUNA PEREIRA LEAL

## 1.12 - CPF

899460305

## 1.13 - Observações

## 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

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?**

**0 - Nenhuma**