

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

039554733-41

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

04/03/2026

## Endereço da família

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

COQUEIRAL

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

RUA

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

1.14 - Nome

TEODORA MARTINS

1.15 - Número

391

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

61.905-305

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

MERCANTIL SUPER PIRATININGA

## Entrevistador

1.21 - Nome

AVILA DE SALES MOREIRA

1.22 - CPF

4402180392

1.23 - Observações

ATUALIZACAO COM EXCLUSAO DE GILLIARD NAO MORA COM RF NAO TEM  
INDICATIVO DE RENDA FAMILIA PBF

## 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?

5

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?

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?

Outra forma

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

Fossa séptica

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\$ 100	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha		<input checked="" 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:

2372185 - USF FLAVIO BELISARIO DE SOUSA

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

23076535803 - CRAS PIRATININGA

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 ADRIANA FERREIRA XAVIER

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16260942517

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

21/02/1989

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****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 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?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município FRANCISCA nasceu?** 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

CAVALCANTO FILHO

##### 2 - Data do registro

20/07/1989

##### 3 - Número do livro

A88

##### 4 - Número da folha

215V

##### 5 - Número do termo/RANI

00104846

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

FORTALEZA

### 5.02 - Número de inscrição do

#### CPF

61732655324

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

#### 1 - Número

#### 2 - Complemento

#### 3 - Data da emissão

20078268812

15/03/2011

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

132841

2 - Série

50

3 - Data da emissão

25/05/2015

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

84536430787

2 - Zona

122

3 - Seção

211

## 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

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 FRANCISCA 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 - 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 Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário), P

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

Quarto(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	<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

2

4.02 - Nome completo

GILLIARD SOUZA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16190512667

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

20/05/1986

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

Cônjuge ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

VALDERINA SOUZA DA SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ANTONIO QUEIROZ DA SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde GILLIARD nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado GILLIARD nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município GILLIARD nasceu?

2 - Não sabe

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro GILLIARD nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de GILLIARD 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 GILLIARD ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-GILLIARD 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 GILLIARD?

- 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

A68

288

00080581

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF**

2086171323

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número**

20040990261

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

15/02/2000

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5 - Sigla do órgão emissor**

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número**

6539374

**2 - Série**

10

**3 - Data da emissão**

08/06/2004

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

57167610736

122

136

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Primeiro(a)

7.11 - GILLIARD concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GILLIARD trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GILLIARD era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

0 - Não recebeu

R\$ 900

8.06 - GILLIARD 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 GILLIARD nesse período?

R\$ 10.800

8.09 - Quanto GILLIARD 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

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 GIRLLIANE 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 GIRLLIANE nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado GIRLLIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município GIRLLIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro GIRLLIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de GIRLLIANE 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 GIRLLIANE ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-GIRLLIANE 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 GIRLLIANE?**

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 BRAGA OFICIO DE NOTAS E REGISTROS PUBLI

**2 - Data do registro**

08/06/2011

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

02063601552011100119161009413856

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**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 - GIRLLIANE 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 GIRLLIANE 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 GIRLLIANE 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 - GIRLLIANE sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23223030 - LICEU PROFESSOR FRANCISCO OSCAR RODRIGUES**

**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**

23223030

 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que GIRLLIANE frequenta**

Ensino Médio regular

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

Primeiro(a)

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que GIRLLIANE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que GIRLLIANE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - GIRLLIANE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada GIRLLIANE trabalhou?** 1 - Sim  2 - Não**8.02 - Na semana passada GIRLLIANE 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 GIRLLIANE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GIRLLIANE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - GIRLLIANE 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 GIRLLIANE nesse período?

8.09 - Quanto GIRLLIANE 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 LUCAS 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 LUCAS nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado LUCAS nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município LUCAS nasceu?** 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     3 - Não  
 4 - Não sabe

**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**

CARTORIO ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

21/06/2019

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

01553701552019100079135004573975

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**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 - 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)**

- |   |  |
|---|--|
| <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 LUCAS 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 - LUCAS sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**MARIA DO SOCORRO VIANA FREITAS EMEIEF PROF**

**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**

23270950

 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que LUCAS frequenta**

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Primeiro(a)

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

**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

**8.06 - LUCAS 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 LUCAS nesse período?**

**8.09 - Quanto LUCAS 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

5

4.02 - Nome completo

ISAAC LORENZO FERREIRA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21452483347

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

20/02/2024

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

Filho(a)

**4.08 - Cor ou raça**

Parada

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

FRANCISCA ADRIANA FERREIRA XAVIER

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

GILLIARD SOUZA DA SILVA

2 - Não sabe

**4.11- Onde ISAAC nasceu?**

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

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

CEARA

2 - Não sabe

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

MARACANAU

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ISAAC 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 ISAAC ?**

1 - Sim     2 - Não

**4.17-ISAAC 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 ISAAC?**

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**

24/02/2024

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

01553701552024100105240005364402

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**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 - ISAAC 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 ISAAC 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 ISAAC 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 - ISAAC sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

Nunca frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ISAAC 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 ISAAC frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que ISAAC frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ISAAC frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que ISAAC concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - ISAAC concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada ISAAC trabalhou?** 1 - Sim  2 - Não**8.02 - Na semana passada ISAAC 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 ISAAC exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - ISAAC 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 ISAAC nesse período?**

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

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

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

991160134

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 declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

 1 - Sim 2 - Não

## Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

 1 - Sim 2 - Não

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

## Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

039554733-41

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

04/03/2026

## Entrevistador

### 1.11 - Nome

AVILA DE SALES MOREIRA

### 1.12 - CPF

4402180392

### 1.13 - Observações

ATUALIZACAO COM EXCLUSAO DE GILLIARD NAO MORA COM RF NAO TEM INDICATIVO DE RENDA FAMILIA PBF

## Vinculação a programas e serviços

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

Este quesito admite múltipla marcação.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 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) 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 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 Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**