

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

200060318-11

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

06/05/2026

## 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.)

SAO

1.14 - Nome

LUCAS

1.15 - Número

141

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

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

CASA 27

1.18 - CEP

61.932-602

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

**CONDOMINIO INDICO E PADARIA PONTO DO PAO**

## Entrevistador

1.21 - Nome

RENATA DE SOUZA ARAUJO

1.22 - CPF

3046131348

1.23 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL RF BENEFICIARIA DO BPC DEFICIENTE PASSOU POR ATENDIMENTO PAIF

## 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?

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

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\$ 120"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text" value="R\$ 80"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="R\$ 32"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text" value="R\$ 300"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<input type="text" value="R\$ 800"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<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 DAS GRACAS SILVA DE OLIVEIRA DE LIMA**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

**13137699192**

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**10/10/1978**

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

**ALBUQUERQUE****23/09/2013**

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

**01553701552013200015144000554496**

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**MARACANAU**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**319021386**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**2001002389540**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**18/12/2008**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**2869382**

2 - Série

**10**

3 - Data da emissão

**14/12/2001**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

**62335380736**

2 - Zona

**104**

3 - Seção

**13**

## 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)

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

**6.03 - Em função dessa deficiência MARIA 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 - 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 1ª a 4ª séries, Elementar (Primário), Primeira fase d

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

Primeiro(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	R\$ 1.621	<input 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 IVINA 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 IVINA nasceu?

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

4.12 - Em que estado IVINA nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município IVINA nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro IVINA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de IVINA 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 IVINA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-IVINA 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 IVINA?

- 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 - IVINA 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 IVINA 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 IVINA 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 - IVINA sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - IVINA frequenta escola ou creche?

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - IVINA concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada IVINA trabalhou?

 1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal IVINA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - IVINA 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 IVINA nesse período?

8.09 - Quanto IVINA 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

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

13/09/2011

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA DAS GRACAS SILVA DE OLIVEIRA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO ANTONIO ARCELINO DE LIMA

 2 - Não sabe

4.11- Onde KAMYLLA nasceu?

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

4.12 - Em que estado KAMYLLA nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município KAMYLLA nasceu?

FORTALEZA

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro KAMYLLA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de KAMYLLA 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 KAMYLLA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-KAMYLLA 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 KAMYLLA?

- 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 BOTELHO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS 5 ZONA

## 2 - Data do registro

06/01/2012

## 3 - Número do livro

## 4 - Número da folha

## 5 - Número do termo/RANI

## 6 - Matrícula

01827501552011100087478006147829

## 7 - Estado de registro

CEARA

## 8 - Município de registro

FORTALEZA

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

9067535389

## 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 - KAMYLLA 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 KAMYLLA 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 KAMYLLA 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 - KAMYLLA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - KAMYLLA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23081856 - LUIZ GONZAGA DOS SANTOS EMEIEF

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

23081856

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que KAMYLLA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Nono(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - KAMYLLA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada KAMYLLA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal KAMYLLA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - KAMYLLA 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 KAMYLLA nesse período?

8.09 - Quanto KAMYLLA 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 FRANCISCO 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 FRANCISCO nasceu?

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

4.12 - Em que estado FRANCISCO nasceu?

2 - Não sabe

4.13 - Em que município FRANCISCO nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FRANCISCO nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FRANCISCO 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 FRANCISCO ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-FRANCISCO 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 FRANCISCO?

- 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 - FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 - FRANCISCO sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - FRANCISCO frequenta escola ou creche?

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - FRANCISCO concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCO trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCO era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

R\$ 800

0 - Não recebeu

8.06 - FRANCISCO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

3

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

R\$ 2.400

8.09 - Quanto FRANCISCO 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

## Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

## a) Telefone primário

Tipo

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

 1 - Sim  2 - Não

## b) Telefone secundário

Tipo

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 domicilio  2 - Em domicilio  
 3 - Impossibilidade em domicilio

## 1.10 - Data da entrevista

## Entrevistador

## 1.11 - Nome

## 1.12 - CPF

## 1.13 - Observações

## ATUALIZACAO CADASTRAL RF BENEFICIARIA DO BPC DEFICIENTE PASSOU POR ATENDIMENTO PAIF

### 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

**4 - FRANCISCO ANTONIO ARCELINO D**

b) Código da unidade consumidora

**7334814**

**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 checked="" 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"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                |   |

- 8 - Abrigo para pessoas idosas
- 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias
- 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- 11 - ProJovem Adolescente
- 12 - ProJovem Urbano
- 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade
- 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias
- 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)
- 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência
- 22 - Projetos de inclusão produtiva
- 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI
- 24 - Nenhum

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**