

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

043312252-83

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

19/02/2026

## Endereço da família

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

ALTO ALEGRE I

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

RUA

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

**1.14 - Nome**

10

**1.15 - Número**

576

**1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP**

61.921-390

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

RAQUEL REFEICOES

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

BRUNA PEREIRA LEAL

**1.22 - CPF**

899460305

**1.23 - Observações**

ATUALIZACAO MUDANDE DE ESCOLA ENDERECO

**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?**

Rede coletora de esgoto ou pluvial

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

Outra forma

## 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               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto                  | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | <b>R\$ 120</b>       | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | <b>R\$ 550</b>       | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | <b>R\$ 300</b>       | <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:**

**3775402 - USF LUIZ DE QUEIROZ UCHOA**

**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**

**FRANCISCO JEAN BENVINDO BARBOSA**

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

**16222126546**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**19/05/1994**

**4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCO 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 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

GUERREIRO

##### 2 - Data do registro

03/10/2007

##### 3 - Número do livro

35

##### 4 - Número da folha

247

##### 5 - Número do termo/RANI

00041277

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do

#### CPF

7386026390

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

#### 1 - Número

#### 2 - Complemento

#### 3 - Data da emissão

0000000002007927125

15/07/2011

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

5047442

2 - Série

40

3 - Data da emissão

21/11/2013

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

85468150701

2 - Zona

122

3 - Seção

195

## 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)**

- 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 - FRANCISCO sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

**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?

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

Nono(a)

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)

0 - Não recebeu

R\$ 300

8.06 - FRANCISCO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

6

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

R\$ 1.800

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 |

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

ANA RAQUEL DE ALMEIDA MESQUITA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20679362473

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

27/06/1999

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

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

WASSYLIA ESWETLANA DE ALMEIDA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MARCOS AURELIO DO NASCIMENTO MESQUITA

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

**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**

88689230795

122

220

## 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?

Primeiro(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

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

18/05/2014

## 4.07 - Relação de parentesco de LAZARO 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)

ANA RAQUEL DE ALMEIDA MESQUITA

2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

FRANCISCO JEAN BENVINDO BARBOSA

2 - Não sabe

## 4.11- Onde LAZARO nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado LAZARO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município LAZARO nasceu?

SOBRAL

2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro LAZARO nasceu?

2 - Não sabe

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

1 - Sim     2 - Não

**4.17-LAZARO 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 LAZARO?**

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**

SEGUNDO OFICIO

**2 - Data do registro**

20/05/2014

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

000000005520141001592580013014XX

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

SOBRAL

**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 - LAZARO 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 LAZARO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual   |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                    |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado       | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - LAZARO sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

Sim, rede pública

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

23176962 - MARIA DE LOURDES SILVA PROF EMEF

**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**

23176962

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

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Sexto(a)

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

## Trabalho e remuneração

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

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - LAZARO 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 LAZARO nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

SARA LAYS DE ALMEIDA BARBOSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23762527829

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

16/04/2016

**4.07 - Relação de parentesco de SARA 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 RAQUEL DE ALMEIDA MESQUITA

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

FRANCISCO JEAN BENVINDO BARBOSA

2 - Não sabe

**4.11- Onde SARA nasceu?**

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

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

CEARA

2 - Não sabe

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

FORTALEZA

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

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

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

**4.16- Deseja informar o gênero de SARA ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-SARA 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 SARA?**

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**

REGISTRO CIVIL DA 2 ZONA DE FORTALEZA

**2 - Data do registro**

03/05/2016

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

02075001552016100277276023644003

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**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 - SARA 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 SARA 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 SARA 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 - SARA sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

Sim, rede pública

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

23176962 - MARIA DE LOURDES SILVA PROF EMEF

**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**

23176962

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

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Quarto(a)

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

## Trabalho e remuneração

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

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - SARA 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 SARA nesse período?**

**8.09 - Quanto SARA 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

LAISA SOPHIA DE ALMEIDA BARBOSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23807397988

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

02/11/2017

**4.07 - Relação de parentesco de LAISA 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 LAISA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado LAISA nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município LAISA nasceu?** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro LAISA nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de LAISA foi registrado em cartório de registro civil?**

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

**4.16- Deseja informar o gênero de LAISA ?**

1 - Sim     2 - Não

**4.17-LAISA 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 LAISA?**

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**

1 OFICIO

**2 - Data do registro**

24/11/2017

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

01727301552017100049212003087244

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

UBAJARA

**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 - LAISA 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 LAISA 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 LAISA 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 - LAISA sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23176962 - MARIA DE LOURDES SILVA PROF EMEF**

**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**

23176962

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

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Terceiro(a)

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

## Trabalho e remuneração

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

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - LAISA 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 LAISA nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**4.07 - Relação de parentesco de JEAN 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 JEAN nasceu?**

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

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

1 - Sim     2 - Não

**4.17-JEAN 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 JEAN?**

Feminina     Masculina     Não binário(a)

**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

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

**b) Dados****1 - Nome do cartório**

ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

07/03/2022

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

01553701552022100095287005069117

**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 - JEAN 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 JEAN tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual   |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                    |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado       | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - JEAN sabe ler e escrever?**

1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23080167 - EDWIRGES EMEIEF SANTA**

**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**

23080167

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

Pré-escola (exceto CA),

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

## Trabalho e remuneração

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

(extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - JEAN 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 JEAN nesse período?**

**8.09 - Quanto JEAN 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

88

Número

981660522

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

043312252-83

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

19/02/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

BRUNA PEREIRA LEAL

1.12 - CPF

899460305

1.13 - Observações

ATUALIZACAO MUDANDE DE ESCOLA ENDERECO

## 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 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**