

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar**

**071431665-29**

**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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

**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**

**15/12/2025**

## Endereço da família

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

**PAJUCARA**

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

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

**RUA****DOM****1.14 - Nome****PEDRO I****1.15 - Número****000000000000186!****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****61.935-610****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****COLEGIO LUIZ GONZAGA****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

# ATUALIZACAO CADASTRAL RENDA ZERO FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA CMIC RF APRESENTOU CARTEIRINHA DO POSTO COMO COMPROVANTE DE ENDERECO MUDANCA DE ESCOLA

## Características do domicílio

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

- 1 - Urbanas  2 - Rurais

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

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

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

4

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

1

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

Cimento

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

Rede geral de distribuição

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Fossa rudimentar**

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

**É coletado diretamente**

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

**Elétrica sem medidor**

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



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?**

**2**

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

**1**

(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?**

	<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	
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:**

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 40	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 62	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 300	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
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:**

**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**

**ANTONIA RENATA DA SILVA SEVERIANO**

**4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)****15277995165****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****09/10/1996****4.07 - Relação de parentesco de ANTONIA 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)****MARIA DA CONCEICAO MORAES DA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ANTONIO ROGERIO DO NASCIMENTO SEVERIANO** 2 - Não sabe**4.11- Onde ANTONIA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado ANTONIA nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ANTONIA nasceu?****MARACANAU** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17-ANTONIA 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 ANTONIA?**

- 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 Índigena (RANI)

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório****CARTORIO ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****28/11/2014****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0155370155201420001724000062****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****62023437377****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2008711298****2 - Complemento****3 - Data da emissão****24/07/2014****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão**

**9662726****50****12/03/2018****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87864230710****2 - Zona****104****3 - Seção****180****Pessoa com deficiência****6.01 - ANTONIA 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 ANTONIA 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 ANTONIA 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 - ANTONIA sabe ler e escrever?**

1 - Sim

2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, C)**

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

**Segundo(a)**

**7.11 - ANTONIA concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada ANTONIA trabalhou?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - ANTONIA 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 ANTONIA nesse período?**

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

**Fontes de renda**

**Valor**

1

Ajuda/doação regular  
de não morador



0 - Não  
recebeu

2

Aposentadoria,  
aposentadoria rural,  
pensão ou BPC/LOAS



0 - Não  
recebeu

3

Seguro-desemprego



0 - Não  
recebeu

4

Pensão alimentícia



0 - Não  
recebeu

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>
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**

**RAVY DA SILVA LIMA**

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

**21365511458**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**



1 - Masculino



2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**29/11/2021**

**4.07 - Relação de parentesco de RAVY 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)****ANTONIA RENATA DA SILVA SEVERIANO LIMA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2****RAUL FELIPE GALVINO LIMA DA SILVA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde RAVY nasceu?**

1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado RAVY nasceu?****CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município RAVY nasceu?****MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de RAVY 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 RAVY ?**

1 - Sim



2 - Não

**4.17-RAVY 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 RAVY?**

- Feminina     Masculina     Não binário(a)

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

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

**b) Dados****1 - Nome do cartório****CARTORIO DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE P/****2 - Data do registro****30/11/2021****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****15411201552021100020196000589****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

**12164394356**

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23177551 - DIONISIO LAPA CRECHE**

**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**

**23177551**

2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que RAVY frequenta**

**Creche**

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

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**

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

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

**7.11 - RAVY concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim     2 - Não

**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada RAVY trabalhou?**

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal RAVY era:****8.05 - No mês passado RAVY recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

- 0 - Não recebeu

**8.06 - RAVY 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 RAVY nesse período?**

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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>
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**  
3**4.02 - Nome completo**  
**RAUL FELIPE GALVINO LIMA**

**4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)****16593709035****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****13/08/1992****4.07 - Relação de parentesco de RAUL com a pessoa  
responsável pela unidade familiar - RF****Cônjugue ou companheiro(a)****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ANTONIA GALVINO LIMA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO ALDERI FERREIRA LIMA** 2 - Não sabe**4.11- Onde RAUL nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado RAUL nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município RAUL nasceu?****QUIXADA** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-RAUL 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 RAUL?**

- 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****29/09/1971****3 - Número do livro****A4****4 - Número da folha****217****5 - Número do termo/RANI****00003732****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****6846382313****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002007162****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão**

**1552352****40****16/10/2012****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****78667100701****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência****6.01 - RAUL 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 RAUL 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 RAUL 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 - RAUL sabe ler e escrever?**

1 - Sim

2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, C)**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - RAUL concluiu esse curso que frequentou?



1 - Sim



2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada RAUL trabalhou?



1 - Sim



2 - Não

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



1 - Sim



2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal RAUL era:

**Empregado com carteira de trabalho assinada**

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

0 - Não recebeu

**R\$ 1.302**

8.06 - RAUL 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 RAUL nesse período?

**R\$ 15.670**

8.09 - Quanto RAUL 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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>
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

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>	<b>Autoriza recebimento de mensagem</b>
<input type="text"/> <b>Celular</b>	<input type="text"/> <b>85</b>	<input type="text"/> <b>992299212</b>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>	<b>Autoriza recebimento de mensagem</b>
<input type="text"/> <b>Não declarado</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### c) Email

**Tipos**

**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**

**071431665-29**

**1.02 - UF**

**CE**

**1.03 - Município**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da operação**

**1.08 - Forma de coleta de dados**

- 1 - Posto de atendimento/CRAS



- 1 - Inclusão  
2 - Alteração



- 2 - Em domicílio

**1.10 - Data da entrevista****15/12/2025****Entrevistador****1.11 - Nome****SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.12 - CPF****66199700368****1.13 - Observações**

**ATUALIZACAO CADASTRAL RENDA ZERO FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA CMIC RF APRESENTOU CARTEIRINHA DO POSTO COMO COMPROVANTE DE ENDERECO MUDANCA DE ESCOLA**

**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.



1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero



2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero



3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta



8 - Participou de curso em alimentação e nutrição



9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos



10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva

- 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- 5 - Recebe cesta básica
- 6 - Faz refeição em restaurante popular
- 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- 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.**

- 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente
- 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso
- 13 - ProJovem Campo
- 14 - ProJovem Trabalhador
- 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência

- 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF
- 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família
- 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos
- 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência
- 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

- 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias
- 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida
- 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 Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**