

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

087417290-05

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

30/04/2026

## 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.)

1.14 - Nome

1.15 - Número

JOAO LIMA

0000000000000445

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

A

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

1.18 - CEP

61.933-025

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

CAMPO DO CANAL

## Entrevistador

1.21 - Nome

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.22 - CPF

66199700368

1.23 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL FAMILIA BENEFICIARIA DO PBF MUDANCA DE ESCOLA JA POSSUI PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO

## 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?

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

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:

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

 1 - Total  2 - Parcial  
 3 - Não Existe

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

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

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

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

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

## 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

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

 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\$ 170"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text" value="R\$ 60"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 400</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:

**6612075 - USF MARIA NAZARE DE OLIVEIRA SILVA**

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

**CRISTIANE ALVES VIANA**

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 CRISTIANE 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 CRISTIANE nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado CRISTIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município CRISTIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro CRISTIANE nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de CRISTIANE 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 CRISTIANE ?

1 - Sim  2 - Não

**4.17-CRISTIANE 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 CRISTIANE?**

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**

COSTA LIMA

**2 - Data do registro**

31/05/2022

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

1541120155202220000720100020015

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

96232854349

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

1 - Número

000000000960140353

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/09/2009

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

2884122

2 - Série

30

3 - Data da emissão

01/09/2009

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

83053240779

2 - Zona

104

3 - Seção

249

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Primeiro(a)

7.11 - CRISTIANE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CRISTIANE trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CRISTIANE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - CRISTIANE 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 CRISTIANE nesse período?

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco de EUDINELE 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 EUDINELE nasceu?

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

4.12 - Em que estado EUDINELE nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município EUDINELE nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EUDINELE nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EUDINELE 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 EUDINELE ?

1 - Sim  2 - Não

**4.17-EUDINELE 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 EUDINELE?**

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**

COSTA LIMA

**2 - Data do registro**

31/05/2022

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

1541120155202220000720100020015

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

7274156381

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

1 - Número

20072128725

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/11/2020

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

6015946

2 - Série

40

3 - Data da emissão

18/06/2015

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

84484750760

2 - Zona

33

3 - Seção

56

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Primeiro(a)

7.11 - EUDINELE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada EUDINELE trabalhou?

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal EUDINELE era:

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

0 - Não recebeu

R\$ 600

## 8.06 - EUDINELE 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 EUDINELE nesse período?

R\$ 7.200

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

KETTLYN CRISTYNE VIANA DE OLIVEIRA

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 KETTLYN 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 KETTLYN nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado KETTLYN nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município KETTLYN nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro KETTLYN nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de KETTLYN 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 KETTLYN ?

1 - Sim  2 - Não

4.17-KETTLYN 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 KETTLYN?

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

COSTA LIMA

2 - Data do registro

26/06/2014

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

1541120155201410000318000007808

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

7998303301

**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 - KETTLYN 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 KETTLYN 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 KETTLYN 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 - KETTLYN sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - KETTLYN frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**23080914 - MARIA PEREIRA DA SILVA 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

**23080914**

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que KETTLYN frequenta

**Ensino Fundamental regular (duração 9**

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

**Sexto(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

## 8.06 - KETTLYN 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 KETTLYN nesse período?

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

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

## Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

921712582

Autoriza recebimento de mensagem

- 1 - Sim  
 2 - Não

## b) Telefone secundário

Tipo

Recado

DDD

85

Número

921712594

Autoriza recebimento de mensagem

- 1 - Sim  
 2 - Não

## c) Email

Tipo

Não tem

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

087417290-05

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 - Inclusão  
 2 - Alteração
- 1 - Fora do domicílio  
 2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio**1.10 - Data da entrevista**

30/04/2026

**Entrevistador****1.11 - Nome**

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

**1.12 - CPF**

66199700368

**1.13 - Observações**

ATUALIZACAO CADASTRAL FAMILIA BENEFICIARIA DO PBF MUDANCA DE ESCOLA JA POSSUI PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO

**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

**1 - CRISTIANE ALVES VIANA**

b) Código da unidade consumidora

**56591172**

**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 Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**