

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****001123611-61****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****08/12/2025**

## Endereço da família

**1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****NOVO ORIENTE****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****24****1.15 - Número****0000000000000020****1.18 - CEP**

**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.)**

**61.921-250**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**IGREJA DOS MORMOS**

## Entrevistador

**1.21 - Nome**

**BRUNA PEREIRA LEAL**

**1.22 - CPF**

**899460305**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO**

## 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?****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****2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?****Rede geral de distribuição****2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?****Rede coletora de esgoto ou pluvial****2.13 - 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?**

**1**

(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?**

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
-----------------	-------

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	R\$ 56	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 70	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 250	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

**3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:**

**2372088 - USF JUAREZ IZAIAS ARAUJO**

**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**

**ROSIMAR DA COSTA SILVA**

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

**16083467889**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**05/05/1968**

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

**4.08 - Cor ou raça**

**Branca**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****MARIA ALZIRA DA COSTA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ADAUTO CASSIANO DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ROSIMAR nasceu?**

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-ROSIMAR 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 ROSIMAR?**

- 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

BEZERRA

2 - Data do registro

02/02/1985

3 - Número do livro

B312

4 - Número da folha

284

5 - Número do termo/RANI

00002804

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

JAGUARETAMA

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

54019400334

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

1 - Número

2002002208226

2 - Complemento

3 - Data da emissão

16/08/2021

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****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****62117730744****2 - Zona****122****3 - Seção****37****Pessoa com deficiência****6.01 - ROSIMAR 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 ROSIMAR 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 ROSIMAR 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 - ROSIMAR sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Classe de Alfabetização - CA**

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**8.05 - No mês passado ROSIMAR recebeu remuneração de trabalho?**

(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)



0 - Não recebeu

**8.06 - ROSIMAR 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 ROSIMAR nesse período?**

**8.09 - Quanto ROSIMAR 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 EDSON 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 EDSON nasceu?**

- 1 - Neste município

- 2 - Em outro município

- 3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado EDSON nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município EDSON nasceu?** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-EDSON 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 EDSON?**

- 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****2 - Data do registro****30/01/1985****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI**

**B12****284****00002804****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****QUIXADA****5.02 - Número de inscrição do CPF****25341839234****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000000007247618****2 - Complemento****3 - Data da emissão****17/11/2013****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****46151****2 - Série****16****3 - Data da emissão****14/11/1985****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

20956520752

122

40

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário), P**

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

**Primeiro(a)**

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)**

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

0 - Não recebeu

**R\$ 937**

**8.06 - EDSON teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim       2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**4**

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

**R\$ 3.668**

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

**Fontes de renda**

**Valor**

1 Ajuda/doação regular de não morador

0 - Não  
recebeu

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

**EDNA DA COSTA SILVA**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****05/12/1985****4.07 - Relação de parentesco de EDNA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****Filho(a)****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ROSIMAR DA COSTA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****EDSON DA SILVA** 2 - Não sabe**4.11- Onde EDNA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-EDNA 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 EDNA?**

- 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****2 - Data do registro****08/05/1989****3 - Número do livro****A22****4 - Número da folha****65****5 - Número do termo/RANI****00020985****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****0000000002002009128****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****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****16225040205****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência****6.01 - EDNA 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 EDNA 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 EDNA 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 - EDNA sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - EDNA frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que EDNA 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 EDNA frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que EDNA frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que EDNA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1º ciclo (Ginásia)****7.10 - Qual foi o último ano/série que EDNA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - EDNA concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim       2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada EDNA trabalhou?** 1 - Sim       2 - Não**8.02 - Na semana passada EDNA 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 EDNA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - EDNA 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 EDNA nesse período?**

**8.09 - Quanto EDNA 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 type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input 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

ELIENE DA COSTA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

16082163924

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

13/11/1986

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

**Filho(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

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

**ROSIMAR DA COSTA SILVA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**EDSON DA SILVA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde ELIENE nasceu?**

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

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

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ELIENE 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 ELIENE ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-ELIENE 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 ELIENE?**

- 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**

08/05/1989

**3 - Número do livro**

A22

**4 - Número da folha**

65

**5 - Número do termo/RANI**

00020986

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - ELIENE 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 ELIENE 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 ELIENE 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 - ELIENE sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - ELIENE frequenta escola ou creche?****Sim, rede particular****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ELIENE frequenta?****SANTA CLARA****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 ELIENE frequenta**

Creche

**7.08 - Qual é o ano/série que ELIENE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ELIENE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que ELIENE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - ELIENE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim       2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada ELIENE trabalhou?** 1 - Sim       2 - Não**8.02 - Na semana passada ELIENE 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 ELIENE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ELIENE 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 ELIENE nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**5**

**4.02 - Nome completo**

**ELIZIANE DA COSTA SILVA**

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

**23657698619**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**29/10/2002**

**4.07 - Relação de parentesco de ELIZIANE 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)**

**ROSIMAR DA COSTA SILVA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**EDSON DA SILVA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde ELIZIANE nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ELIZIANE 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 ELIZIANE ?**

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-ELIZIANE 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 ELIZIANE?**

- 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**

25/11/2002

**3 - Número do livro**

74

**4 - Número da folha**

21

**5 - Número do termo/RANI**

00074649

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****8767636381****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20088023847****2 - Complemento****3 - Data da emissão****25/04/2014****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****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - ELIZIANE 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 ELIZIANE 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 ELIZIANE 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 - ELIZIANE sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - ELIZIANE frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ELIZIANE 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 ELIZIANE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que ELIZIANE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ELIZIANE 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 ELIZIANE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Terceiro(a)****7.11 - ELIZIANE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim       2 - Não**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada ELIZIANE trabalhou?** 1 - Sim       2 - Não**8.02 - Na semana passada ELIZIANE 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 ELIZIANE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta**

(extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Estagiário**

**8.05 - No mês passado ELIZIANE recebeu remuneração de trabalho?**

**(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

- 0 - Não recebeu

**R\$ 360**

**8.06 - ELIZIANE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim       2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**3**

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

**R\$ 1.080**

**8.09 - Quanto ELIZIANE 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

6

4.02 - Nome completo

**CHSNAYDER SOUSA LIMA FILHO**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

23716662379

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**27/11/2007**

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

**Neto(a) ou bisneto(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

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

**ELIENE DA COSTA SILVA LIMA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**CHSNAYDER SOUSA LIMA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde CHSNAYDER nasceu?**

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**QUIXERAMOBIM**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de CHSNAYDER 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 CHSNAYDER ?**

1 - Sim

2 - Não

**4.17-CHSNAYDER 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 CHSNAYDER?**

- 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****OFICIO****2 - Data do registro****19/12/2007****3 - Número do livro****11****4 - Número da folha****261****5 - Número do termo/RANI****00010250****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****QUIXERAMOBIM**

**5.02 - Número de inscrição do CPF****10057946345****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002008733735****2 - Complemento****3 - Data da emissão****04/02/2014****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****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - CHSNAYDER 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 CHSNAYDER 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 CHSNAYDER 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 - CHSNAYDER sabe ler e escrever?** 1 - Sim 2 - Não**7.02 - CHSNAYDER frequenta escola ou creche?****Sim, rede particular****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CHSNAYDER frequenta?****COLEGIO SAO FRANCISCO INTEGRAL****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****23247010** 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que CHSNAYDER frequenta****Ensino Fundamental regular (duração 9 aí)****7.08 - Qual é o ano/série que CHSNAYDER frequenta?****Oitavo(a)****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CHSNAYDER frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que CHSNAYDER concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****7.11 - CHSNAYDER concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - CHSNAYDER 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 CHSNAYDER nesse período?**

**8.09 - Quanto CHSNAYDER 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

Fontes de renda	Valor
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text"/> Celular	<input type="text"/> 85	<input type="text"/> 991730133	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

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

#### c) Email

Tipo	Email	Autoriza recebimento de E-mail
<input type="text"/> Não tem	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

### 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
ROSIMAR DA COSTA SILVA 540194003334 DOCUMENTO COM FOTO	.pdf	189 KB

Nome	Tipo	Tamanho
ROSIMAR DA COSTA SILVA 540194003334 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	228 KB

## 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**

**001123611-61**

**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

**1.10 - Data da entrevista**

**08/12/2025**

**Entrevistador**

**1.11 - Nome****BRUNA PEREIRA LEAL****1.12 - CPF****899460305****1.13 - Observações****ATUALIZACAO****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

**1 - ROSIMAR DA COSTA SILVA**

b) Código da unidade consumidora

**7083421**

**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
- 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
- 13 - ProJovem Campo
- 14 - ProJovem Trabalhador
- 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência
- 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**