

## Identificação e controle

## 1.01 - Código familiar

1.02 - UF

## 1.03 - Município

045478439-29

CE

## MARACANAU

## 1.04 - Distrito

## 1.05 - Subdistrito

## 1.06 - Setor censitário

## 1.07 - Modalidade da operação

-  1 - Inclusão
-  2 - Alteração

## 1.08 - Forma de coleta de dados

## 1 - Fora do domicílio

## 2 - Em domicílio

### 3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

## 1.09 - Formulários preenchidos

 0 - Principal

1 - Avulso 1

2 - Avulso 2

### 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

## 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)

5 - Representante legal  
(FS3)

## 1.10 - Data da entrevista

23/12/2025

## 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****RAUL TEOFILO****1.15 - Número****599****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****61.932-505****APARTAMENTO 204 B****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****EM FRENTE A IGREJA EVANGELICA****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

# TRANSFERENCIA DE FORTALEZA RENDA ZERO EM ANEXO TERMO DE RENDA E FIM DAS PARCELAS DO SEGURO MUDANCA DE ESCOLA FAMILIA NAO E MAS BENEFICIARIA DO PBF CANCELADO

## 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?

6

3

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

Cerâmica, lajota ou pedra

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?**

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

**É coletado diretamente**

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

**Elétrica com medidor próprio**

**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?**

**4**

(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="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

**3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:**

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

Tipo de despesa	Valor	
1 Energia elétrica		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Água e esgoto		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Gás, carvão e lenha	R\$ 57	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4 Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 150	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5 Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
6	Aluguel	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

**2372282 - USF JOAO BATISTA DOS SANTOS**

**3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:**

**23076520242 - CRAS PAJUCARA**

**3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos**

1 - Sim  2 - Não

**3.14 - Família em risco para insegurança alimentar**

1 - Sim  2 - Não

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**1**

**4.02 - Nome completo**

**RAQUEL SILVA DE SOUSA**

**4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)****16607768548****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****27/02/1998****4.07 - Relação de parentesco de RAQUEL 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)****ELINEUDA COSTA DA SILVA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO ANTONIO DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.11- Onde RAQUEL nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado RAQUEL nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município RAQUEL nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

**4.17-RAQUEL 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 RAQUEL?**

- 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****JEREISSATI****2 - Data do registro****17/08/1998****3 - Número do livro****152****4 - Número da folha****50****5 - Número do termo/RANI****00164039****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****61169789323****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20083398460****2 - Complemento****2 VIA****3 - Data da emissão****01/11/2022****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**

1907213

40

31/10/2012

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número**

86938710710

**2 - Zona**

93

**3 - Seção**

264

**Pessoa com deficiência****6.01 - RAQUEL 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 RAQUEL 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 RAQUEL 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 - RAQUEL sabe ler e escrever?**

1 - Sim

2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

**7.09 - Qual foi o curso mais elevado que RAQUEL 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 RAQUEL concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?**

**Terceiro(a)**

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

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal RAQUEL era:

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

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

0 - Não recebeu

**R\$ 280**

8.06 - RAQUEL teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim

2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

**9**

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

**R\$ 12.504**

8.09 - Quanto RAQUEL 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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

PETER RAELE SILVA LINHARES

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

21332471821

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/03/2020

4.07 - Relação de parentesco de PETER 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)****RAQUEL SILVA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****RAFAEL LINHARES DE LIMA** 2 - Não sabe**4.11- Onde PETER nasceu?**

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

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

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17-PETER 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 PETER?**

- 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****CAVALCANTI FILHO****2 - Data do registro****11/03/2020****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0203700155202010057307703038****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

11215312377

#### 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 - PETER 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 PETER 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 PETER 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 checked="" 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 - PETER sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23072563 - ESCOLA MUNICIPAL PROFESSOR JOSE VALDEVINO DE CARVAL****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****FORTALEZA****7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche****23072563** 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que PETER frequenta****Pré-escola (exceto CA),****7.08 - Qual é o ano/série que PETER frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que PETER frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que PETER concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?**

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - PETER 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 PETER nesse período?**

**8.09 - Quanto PETER 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	<b>R\$ 125</b>	<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****3****4.02 - Nome completo****HENRY ANTHONY SILVA NEPOMUCENO**

**4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)****21444098693****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****08/08/2023****4.07 - Relação de parentesco de HENRY com a pessoa  
responsável pela unidade familiar - RF****Filho(a)****4.08 - Cor ou raça****Branca****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****RAQUEL SILVA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****ERIGLEISON PEREIRA NEPOCENO** 2 - Não sabe**4.11- Onde HENRY nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado HENRY nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município HENRY nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe

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

- 1 - Sim
- 2 - Não

**4.17-HENRY 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 HENRY?**

- 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****CAVALCANTI FILHO****2 - Data do registro****09/08/2023****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0203700155202310064225803247****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****12912847370****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 - HENRY 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 HENRY 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 HENRY 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 - HENRY sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

### 7.02 - HENRY frequenta escola ou creche?

**Nunca frequentou**

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

### 7.08 - Qual é o ano/série que HENRY frequenta?

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

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

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

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

- 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

0 - Não recebeu

**8.06 - HENRY 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 HENRY nesse período?****8.09 - Quanto HENRY 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="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

ISIS REBECCA SILVA LINHARES

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

23746373499

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

11/03/2016

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Branca

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****RAQUEL SILVA DE SOUSA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****RAFAEL LINHARES DE LIMA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ISIS nasceu?** 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país**4.12 - Em que estado ISIS nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ISIS nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ISIS nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ISIS 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 ISIS ?** 1 - Sim 2 - Não**4.17-ISIS 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 ISIS?**

- 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****CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NAT****2 - Data do registro****12/03/2016****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0203700155201610046526102716****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

**10451068360****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20231671142****2 - Complemento****3 - Data da emissão****27/07/2023****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 - ISIS 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 ISIS 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 ISIS 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 - ISIS sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23081732 - ANTONIO DE ALBUQUERQUE SOUSA FILHO EMEIEF**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim  2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**CEARA**

**2 - Município**

**MARACANAU**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

**23081732**

2 - Não tem

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

**Ensino Fundamental regular (duração)**

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

**Quarto(a)**

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

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

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

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - ISIS 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 ISIS nesse período?**

**8.09 - Quanto ISIS 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	R\$ 125	<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

**Responsável pela família****9.01 - Contato(s)****a) Telefone primário**

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>
<b>Celular</b>	<b>85</b>	<b>999730676</b>

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**b) Telefone secundário**

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>
<b>Não tem</b>		

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**c) Email**

<b>Tipo</b>	<b>Email</b>
<b>Não tem</b>	

**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**

**045478439-29**

**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 - Fora do domicílio
- 2 - Em domicílio
- 3 - Impossibilidade em domicílio

**1.10 - Data da entrevista**

**23/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS**

**1.12 - CPF**

**66199700368**

**1.13 - Observações**

**TRANSFERENCIA DE FORTALEZA RENDA ZERO EM ANEXO TERMO DE RENDA E FIM DAS PARCELAS DO SEGURO MUDANCA DE ESCOLA FAMILIA NAO E MAS BENEFICIARIA DO PBF CANCELADO**

## 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.**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia |
| <input type="checkbox"/> 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 - RAQUEL SILVA DE SO****b) Código da unidade consumidora****10007408**

**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**