

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

024509393-18

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

☐

1 - Inclusão

☒

2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

☒

1 - Fora do domicílio

☐

2 - Em domicílio

☐

3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

☒

0 - Principal

☐

1 - Avulso 1

☐

2 - Avulso 2

☒

3 - Vinculação a programas  
e serviços (FS1)

☐

4 - Pessoa em situação de  
rua (FS2)

☐

5 - Representante legal  
(FS3)

1.10 - Data da entrevista

24/02/2026

## Endereço da família

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

ALTO ALEGRE I

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

TRAVESSA

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

1.14 - Nome

12

1.15 - Número

00000000000000401

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

61.922-100

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

IGREJA TABERTACULO DO ESPIRITO SANTO

Entrevistador

1.21 - Nome

BRUNA PEREIRA LEAL

1.22 - CPF

899460305

1.23 - Observações

ECLUSAO DE GUILHERME LOURENCO DE SOUSA DO CADASTRO

Características do domicílio

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

- ☒ 1 - Urbanas    ☐ 2 - Rurais

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

4

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

Cimento

**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 indiretamente

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

- ☐ 1 - Total    ☐ 2 - Parcial  
☒ 3 - Não Existe

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

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

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

2

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

Alvenaria/tijolo sem revestimento

**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?**

Fossa rudimentar

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

Elétrica sem medidor

## Família

**3.01 - A família é**

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

indígena?

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

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

- ☐ 2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

- ☐ 2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

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

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

| Faixa etária |                                              | Quantidade           |                                                 |
|--------------|----------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 1            | Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos) | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2            | Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)      | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3            | Idoso(s) (de 60 anos ou mais)                | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

|   | Tipo de despesa                | Valor                |                                                 |
|---|--------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 1 | Energia elétrica               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto                  | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 120              | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 600              | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | R\$ 450              | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 7 | Medicamentos de uso regular    | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

**3775402 - USF LUIZ DE QUEIROZ UCHOA**

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

**23076534641 - CRAS ACARACUZINHO**

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**1**

**4.02 - Nome completo**

**GENILTON LOURENCO DE SOUSA**

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

**16186086810**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

☒ 1 - Masculino  
☐ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**14/08/1989**

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

**Cônjuge ou companheiro(a)**

## 4.08 - Cor ou raça

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

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde GENILTON nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado GENILTON nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município GENILTON nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro GENILTON nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de GENILTON 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 GENILTON ?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

## 4.17-GENILTON 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 GENILTON?

☐ 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

BRAGA

##### 2 - Data do registro

02/10/2024

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

02063601551990100020182002302216

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

5458939336

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

#### 1 - Número

#### 2 - Complemento

#### 3 - Data da emissão



0000000200500701892

26/04/2005

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

117104

2 - Série

30

3 - Data da emissão

03/07/2008

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

76766850736

2 - Zona

122

3 - Seção

88

## Pessoa com deficiência

6.01 - GENILTON 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 GENILTON tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

☐

1 - Cegueira

☐

5 - Deficiência física

☐

2 - Baixa visão

☐

6 - Deficiência mental ou intelectual

☐

3 - Surdez severa/profunda

☐

7 - Síndrome de Down

☐

4 - Surdez leve/moderada

☐

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência GENILTON 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 - GENILTON sabe ler e escrever?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginásia

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

Quinto(a)

7.11 - GENILTON concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GENILTON trabalhou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GENILTON era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

☐ 0 - Não recebeu

R\$ 100

8.06 - GENILTON teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

10

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

R\$ 1.000

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16066787641

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/11/1991

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

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

SOLANGE ALVES DA SILVA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ANTONIO FRANCISCO LOURENCO DA SILVA

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde GLAUCIANE nasceu?

☐

1 - Neste município

☒

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado GLAUCIANE nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município GLAUCIANE nasceu?

☐

2 - Não sabe

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

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-GLAUCIANE 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 GLAUCIANE?**

- ☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

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

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

**b) Dados****1 - Nome do cartório****2 - Data do registro****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

77861820752

122

91

## Pessoa com deficiência

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Não, já frequentou



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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar (Primário), P

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

Quarto(a)

7.11 - GLAUCIANE concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GLAUCIANE trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GLAUCIANE era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - GLAUCIANE 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 GLAUCIANE nesse período?

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

Fontes de renda

Valor

1

Ajuda/doação regular de não morador

☒ 0 - Não recebeu

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

GUILHERME LOURENCO DE SOUSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16333120988

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- ☒ 1 - Masculino  
☐ 2 - Feminino

14/02/2009

**4.07 - Relação de parentesco de GUILHERME 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)**

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

GENILTON LOURENCO DE SOUSA

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde GUILHERME nasceu?**

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

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

CEARA

☐ 2 - Não sabe

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

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de GUILHERME 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 GUILHERME ?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-GUILHERME 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 GUILHERME?**

☐ 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**

18/02/2009

**3 - Número do livro**

107

**4 - Número da folha**

152

**5 - Número do termo/RANI**

00089307

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do  
CPF**

12679309340

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EDWIRGES EMEIEF SANTA

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080167

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que GUILHERME frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Nono(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - GUILHERME concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GUILHERME trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☒ 0 - Não recebeu

**8.06 - GUILHERME 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 GUILHERME nesse período?**

**8.09 - Quanto GUILHERME 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



0 - Não  
recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

GABRIELA LOURENCO DE SOUSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)

23635972505

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

24/03/2011

4.07 - Relação de parentesco de GABRIELA 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)

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

☐

2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde GABRIELA nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado GABRIELA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município GABRIELA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro GABRIELA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de GABRIELA 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 GABRIELA ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

## 4.17-GABRIELA 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 GABRIELA?

☐ 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 BRAGA OFICIO DE NOTAS E REGISTROS PUBLI****2 - Data do registro****21/11/2011****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****02063601552011100122069009515411****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****12679301366****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 - GABRIELA 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 GABRIELA 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 GABRIELA 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 - GABRIELA sabe ler e escrever?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EDWIRGES EMEIEF SANTA

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

**1 - Estado**

CEARA

**2 - Município**

MARACANAU

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

23080167

- ☐ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que GABRIELA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Oitavo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - GABRIELA concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GABRIELA trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GABRIELA era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - GABRIELA 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 GABRIELA nesse período?

8.09 - Quanto GABRIELA 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

5

4.02 - Nome completo

GABRIELY LOURENCO DE SOUSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23714797021

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

27/06/2014

4.07 - Relação de parentesco de GABRIELY 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)

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

GENILTON LOURENCO DE SOUSA

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde GABRIELY nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado GABRIELY nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município GABRIELY nasceu?

☐

2 - Não sabe

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro GABRIELY nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de GABRIELY 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 GABRIELY ?

- ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

4.17-GABRIELY 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 GABRIELY?

- ☒ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

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

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

**6 - Matrícula****02063601552015100135149010051415****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do  
CPF****12679296346****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 - GABRIELY 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 GABRIELY 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 GABRIELY 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 - GABRIELY sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EDWIRGES EMEIEF SANTA

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?



1 - Sim



2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080167



2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que GABRIELY frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Sexto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - GABRIELY concluiu esse curso que frequentou?



1 - Sim



2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GABRIELY trabalhou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GABRIELY era:

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - GABRIELY 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 GABRIELY nesse período?

8.09 - Quanto GABRIELY 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 |

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

6

4.02 - Nome completo

ANGELINA LORENA LOURENCO DE SOUSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21364749426

4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- ☐ 1 - Masculino
- ☒ 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

25/02/2020

## 4.07 - Relação de parentesco de ANGELINA 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)

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

GENILTON LOURENCO DE SOUSA

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde ANGELINA nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado ANGELINA nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município ANGELINA nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro ANGELINA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-ANGELINA 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 ANGELINA?**

☒ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

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

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

**b) Dados****1 - Nome do cartório**

ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

28/02/2020

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

01553701552020100084012004711660

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****11180321367****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 - ANGELINA 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 ANGELINA 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 ANGELINA 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 - ANGELINA sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EDWIRGES EMEIEF SANTA

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080167

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ANGELINA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 a

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

Primeiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ANGELINA concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANGELINA trabalhou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.02 - Na semana passada ANGELINA 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 ANGELINA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - ANGELINA 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 ANGELINA nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

7

4.02 - Nome completo

GEOVANA SABRINA LOURENCO DE SOUSA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21364749078

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

07/02/2022

**4.07 - Relação de parentesco de GEOVANA 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)**

GLAUCIANE LOURENCO DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

GENILTON LOURENCO DE SOUSA

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde GEOVANA nasceu?**

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

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

CEARA

☐ 2 - Não sabe

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

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de GEOVANA 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 GEOVANA ?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-GEOVANA 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 GEOVANA?**

☐ 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 ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

10/02/2022

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

01553701552022100095177005058175

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU



**5.02 - Número de inscrição do CPF****12285643373****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 - GEOVANA 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 GEOVANA 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 GEOVANA 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 - GEOVANA sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23080167 - EDWIRGES EMEIEF SANTA**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080167

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que GEOVANA frequenta

Pré-escola (exceto CA),

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - GEOVANA concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GEOVANA trabalhou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.02 - Na semana passada GEOVANA 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 GEOVANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - GEOVANA 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 GEOVANA nesse período?**

**8.09 - Quanto GEOVANA 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                               | R\$ 1.621            | <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 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                                 | DDD                             | Número                                 | Autoriza recebimento de mensagem                                       |
| <input type="text" value="Celular"/> | <input type="text" value="85"/> | <input type="text" value="988015924"/> | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

#### b) Telefone secundário

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

024509393-18

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

24/02/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

BRUNA PEREIRA LEAL

1.12 - CPF

899460305

1.13 - Observações

ECLUSAO DE GUILHERME LOURENCO DE SOUSA DO CADASTRO

## 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**

**b) Código da unidade consumidora**

**2.05 - Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente      | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador                                                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                         | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)                                             |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI                                                            |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                                   | <input type="checkbox"/> 24 - Nenhum                                                                                                         |

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades. Lista de Programas.**



Este quesito foi desabilitado.

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

**306 - Família de Catadores de Material Reciclável**