

Identificação e controle

1.01 - Código familiar**081620248-67****1.02 - UF****CE****1.03 - Município****MARACANAU****1.04 - Distrito****1.05 - Subdistrito****1.06 - Setor censitário****1.07 - Modalidade da operação****1.08 - Forma de coleta de dados**

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

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

1.09 - Formulários preenchidos

- 0 - Principal
- 1 - Avulso 1

- 2 - Avulso 2
- 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

- 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
- 5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista**11/12/2025**

Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)**JARI****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****TRAVESSA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****16****1.15 - Número****83****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****61.916-130**

1.19 - Unidade territorial local**1.20 - Referência para localização****Entrevistador****1.21 - Nome****ALAN GOMES XAVIER****1.22 - CPF****3840393329****1.23 - Observações****ATUALIZACAO INCLUSAO DO CPF ORDEM 02****Características do domicílio****2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

1 - Urbanas 2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

1 - Particular Permanente
 2 - Particular improvisado
 3 - Coletivo

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

3

1

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

2.06 - 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?

Outra forma

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?

Outra forma

Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

2 - Não sabe

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

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?

3

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

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

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

1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="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:**Tipo de despesa****Valor**

1	Energia elétrica	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 33

Tipo de despesa**Valor**

4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 70	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 200	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

3981509 - USF JOSE TEODOSIO

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

23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO

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

4.02 - Nome completo

1

MARIA VANESSA PEREIRA SANTOS

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

4.04 - Apelido/Nome social

16434973536

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**14/03/2002****4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)****REGIVANIA GERONIMO PEREIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE CLAILSON LIMA SANTOS** 2 - Não sabe**4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não

4.17-MARIA 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 MARIA?

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**

CART HOLANDA

2 - Data do registro

14/01/2014

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

00000005520141000352860036205

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

CEARA

MARANGUAPE

5.02 - Número de inscrição do CPF

7503570377

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**1 - Número****07503570377****2 - Complemento****3 - Data da emissão****20/08/2025****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****827821****2 - Série****60****3 - Data da emissão****23/04/2018****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****102332840736****2 - Zona****122****3 - Seção****284****Pessoa com deficiência**

6.01 - MARIA 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 MARIA 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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim
- 2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5^a a 8^a séries, Médio 1º ciclo (Ginasial)

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

Sétimo(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:

8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho?

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

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA 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 MARIA nesse período?

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

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

Identificação da pessoa**4.01 - Número de ordem**

4.02 - Nome completo

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

23820279152

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/08/2016

4.07 - Relação de parentesco de YTALLO 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)

MARIA VANESSA PEREIRA SANTOS

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MARLYSON VINICIUS MARTINS DIAS

 2 - Não sabe

4.11- Onde YTALLO nasceu?

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

4.12 - Em que estado YTALLO nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município YTALLO nasceu?

MARANGUAPE

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro YTALLO nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de YTALLO 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 YTALLO ?

1 - Sim 2 - Não**4.17-YTALLO 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 YTALLO?** 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****HOLANDA****2 - Data do registro****06/09/2016****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0173920155201610005528300481987****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARANGUAPE****5.02 - Número de inscrição do CPF****13255795303**

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 - YTALLO 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 YTALLO 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 YTALLO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

<input checked="" 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 - YTALLO sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - YTALLO frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

CAPISTRANO DE ABREU EMEF

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARANGUAPE

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23082046

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que YTALLO frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - YTALLO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada YTALLO trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal YTALLO era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - YTALLO 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 YTALLO nesse período?

8.09 - Quanto YTALLO 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**

4.02 - Nome completo

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

21467252656**4.05 - Sexo**

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**07/06/2024****4.07 - Relação de parentesco de LYSNNARA 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)****MARIA VANESSA PEREIRA SANTOS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO ELIOMAR MARTINS OLIVEIRA** 2 - Não sabe**4.11- Onde LYSNNARA nasceu?**

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

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

1 - Sim 2 - Não**4.17-LYSNNARA 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 LYSNNARA?** 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****09/06/2024****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0155370155202410010705600540601****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****CEARA****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****8718709320**

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 - LYSNNARA 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 LYSNNARA 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 LYSNNARA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

<input checked="" 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 - LYSNNARA sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - LYSNNARA frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - LYSNNARA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LYSNNARA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LYSNNARA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - LYSNNARA 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 LYSNNARA nesse período?

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

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

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

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Celular	85	981505097	

1 - Sim
 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim
 2 - Não

c) Email

Tipo

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

081620248-67

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1 - Inclusão
 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

1 - Posto de atendimento/CRAS
 2 - Em domicílio

1.10 - Data da entrevista

11/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome

ALAN GOMES XAVIER

1.12 - CPF

3840393329

1.13 - Observações

ATUALIZACAO INCLUSAO DO CPF ORDEM 02

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 familia ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.

- 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio

a) Nº de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

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

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

Este quesito foi desabilitado.

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

O - Nenhuma