

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

011285707-85

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

13/01/2026

## Endereço da família

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

JARDIM BANDEIRANTES

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

RUA

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

NOSSA SENHORA

1.14 - Nome

APARECIDA

1.15 - Número

651

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

61.934-200

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

PROXIMO AO SUPERMERCADO GEN

## Entrevistador

1.21 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.22 - CPF

5810171370

1.23 - Observações

ATUALIZACAO E RECEBE PBF E TEM PASSE LIVRE

## 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?**

5

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

Cerâmica, lajota ou pedra

**2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

É coletado diretamente

**2.13 - 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 com 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 com medidor próprio

## 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?

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="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               | R\$ 200 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 80  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 55  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 400 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular    |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

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

**2372037 - USF MARIA DAS GRACAS MAXIMIANO**

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

**23076506632 - CRAS JARDIM BANDEIRANTES**

**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**

**LUCIENE SALES DE OLIVEIRA**

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

**12419161256**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**03/07/1969**

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

## 4.08 - Cor ou raça

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

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde LUCIENE nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado LUCIENE nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município LUCIENE nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro LUCIENE nasceu?

☐ 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de LUCIENE 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 LUCIENE ?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

## 4.17-LUCIENE 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 LUCIENE?

☒ 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

97023023468

2VIA

10/04/2006

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

19360

2 - Série

16

3 - Data da emissão

20/06/1997

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

30643800752

2 - Zona

104

3 - Seção

353

## Pessoa com deficiência

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Oitavo(a)

7.11 - LUCIENE concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LUCIENE trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LUCIENE era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - LUCIENE 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 LUCIENE nesse período?

8.09 - Quanto LUCIENE 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

DANIELE SALES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16011120475

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

18/07/1988

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

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

LUCIENE SALES DE OLIVEIRA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

SANTIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA

☐

2 - Não sabe

4.11- Onde DANIELE nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado DANIELE nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município DANIELE nasceu?

☐

2 - Não sabe

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro DANIELE nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de DANIELE 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 DANIELE ?

- ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

4.17-DANIELE 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 DANIELE?

- ☐ 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

60A

169

00075904

## 6 - Matrícula

## 7 - Estado de registro

## 8 - Município de registro

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

2933877376

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

## 1 - Número

0000000200401037268

## 2 - Complemento

## 3 - Data da emissão

12/11/2004

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

## 1 - Número

9719517

## 2 - Série

1

## 3 - Data da emissão

10/01/2006

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

## 1 - Número

## 2 - Zona

## 3 - Seção

68216810752

987

987

## Pessoa com deficiência

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

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

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

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

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

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada DANIELE trabalhou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal DANIELE era:

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - DANIELE 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 DANIELE nesse período?

8.09 - Quanto DANIELE 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 type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

DANIEL WEVERTON SALES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16011124594

4.04 - Apelido/Nome social

## 4.05 - Sexo

- ☒ 1 - Masculino  
☐ 2 - Feminino

## 4.06 - Data de nascimento

03/03/1987

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

## 4.08 - Cor ou raça

Parda

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

LUCIENE SALES DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

## 4.11- Onde DANIEL nasceu?

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

## 4.12 - Em que estado DANIEL nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município DANIEL nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro DANIEL nasceu?

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-DANIEL 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 DANIEL?**

☐ 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**

28/04/2004

**3 - Número do livro**

55A

**4 - Número da folha**

186

**5 - Número do termo/RANI**

00036985

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

**5.02 - Número de inscrição do CPF****4343887340****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002004010372****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****1751257****2 - Série****20****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****72760590710****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

EVANDRO AYRES DE MOURA EMEF

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080256

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que DANIEL frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 8 a

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

Oitavo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - DANIEL concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada DANIEL trabalhou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - DANIEL 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 DANIEL nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

LIVIA SALES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16485316451

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/11/2005

**4.07 - Relação de parentesco de LIVIA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2**☐ 2 - Não sabe**4.11- Onde LIVIA nasceu?**☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado LIVIA nasceu?**☐ 2 - Não sabe**4.13 - Em que município LIVIA nasceu?**☐ 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro LIVIA nasceu?**☐ 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de LIVIA 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 LIVIA ?**☒

1 - Sim

☐

2 - Não

**4.17-LIVIA 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 LIVIA?**

☒ 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**

21/11/2005

**3 - Número do livro**

0089

**4 - Número da folha**

0185

**5 - Número do termo/RANI**

00082178

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****10148371388****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20151010964****2 - Complemento****3 - Data da emissão****03/09/2015****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 - LIVIA 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 LIVIA 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 LIVIA 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 - LIVIA sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - LIVIA concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LIVIA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LIVIA era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - LIVIA 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 LIVIA nesse período?

8.09 - Quanto LIVIA 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

LUANNY SALES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16485320009

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/11/2005

**4.07 - Relação de parentesco de LUANNY 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)**

LUCIENE SALES DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde LUANNY nasceu?**



1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

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

CEARA

☐ 2 - Não sabe

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

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de LUANNY 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 LUANNY ?**



1 - Sim



2 - Não

**4.17-LUANNY 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 LUANNY?**

☒ 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**

05/08/2015

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

02063601552005100089186008217911

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****62243424312****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20151316710****2 - Complemento****3 - Data da emissão****07/10/2015****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****100504180736****2 - Zona****104****3 - Seção****326****Pessoa com deficiência**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - LUANNY concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LUANNY trabalhou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LUANNY era:

Aprendiz

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

☐ 0 - Não recebeu

R\$ 900

8.06 - LUANNY teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8

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

R\$ 8.007

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

6

4.02 - Nome completo

DAVI SALES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20694213157

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

14/01/2001

**4.07 - Relação de parentesco de DAVI com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2**☐ 2 - Não sabe**4.11- Onde DAVI nasceu?**☐

1 - Neste município

☒

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

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

1 - Sim

☒

2 - Não

**4.17-DAVI 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 DAVI?**

☐ 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**

31/01/2002

**3 - Número do livro**

70

**4 - Número da folha**

3

**5 - Número do termo/RANI**

00072237

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****61182136311****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20083445700****2 - Complemento****3 - Data da emissão****22/10/2020****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****4606320****2 - Série****50****3 - Data da emissão****22/09/2016****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****91013500701****2 - Zona****104****3 - Seção****378****Pessoa com deficiência**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - DAVI concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada DAVI trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal DAVI era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - DAVI 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 DAVI nesse período?

8.09 - Quanto DAVI 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

7

4.02 - Nome completo

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA FILHO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20694213165

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☐

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/07/1998

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

**4.08 - Cor ou raça**

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

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde SANATIEL nasceu?**

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

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

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de SANATIEL 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 SANATIEL ?**

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**4.17-SANATIEL 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 SANATIEL?**

☐ 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**

02/09/1998

**3 - Número do livro**

A4

**4 - Número da folha**

17

**5 - Número do termo/RANI**

00003670

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****61190343312****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002008347804****2 - Complemento****3 - Data da emissão****25/09/2012****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****8257609****2 - Série****40****3 - Data da emissão****19/09/2014****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87865090728****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência**

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**EVANDRO AYRES DE MOURA EMEF**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080256

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que SANATIEL frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 8 a

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

Quarto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - SANATIEL concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SANATIEL trabalhou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

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

☐

0 - Não recebeu

**8.06 - SANATIEL 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 SANATIEL nesse período?**

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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

8

4.02 - Nome completo

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

10678795271

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☐

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

20/11/1967

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

**Cônjuge ou companheiro(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Branca**

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

**MARGARIDA MARIA ALMEIDA OLIVEIRA**

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOAO FELIX DE OLIVEIRA**

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde SANATIEL nasceu?**

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

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

**CEARA**

☐ 2 - Não sabe

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

**FORTALEZA**

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de SANATIEL 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 SANATIEL ?**

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-SANATIEL 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 SANATIEL?**

☐ 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****50062298372****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000009100506195****2 - Complemento****2 VIA****3 - Data da emissão****27/05/1999****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****45150****2 - Série****16****3 - Data da emissão****21/07/2000****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****3387510787****2 - Zona****104****3 - Seção****384****Pessoa com deficiência**

**6.01 - SANATIEL 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 SANATIEL tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input checked="" 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 SANATIEL 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 - SANATIEL sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que SANATIEL 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 SANATIEL frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que SANATIEL frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que SANATIEL frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,****7.10 - Qual foi o último ano/série que SANATIEL concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Terceiro(a)****7.11 - SANATIEL concluiu esse curso que frequentou?**☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada SANATIEL trabalhou?**☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

☒ 0 - Não recebeu

**8.06 - SANATIEL 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 SANATIEL nesse período?**

**8.09 - Quanto SANATIEL 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

9

4.02 - Nome completo

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA FILHO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20694213165

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/07/1998

**4.07 - Relação de parentesco de SANATIEL 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)**

LUCIENE SALES DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

SANATIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde SANATIEL nasceu?**

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

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

CEARA

☐ 2 - Não sabe

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

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de SANATIEL 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 SANATIEL ?**

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**4.17-SANATIEL 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 SANATIEL?**

☐ 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**

02/09/1998

**3 - Número do livro**

A4

**4 - Número da folha**

17

**5 - Número do termo/RANI**

00003670

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF****61190343312****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****0000000002008347804****2 - Complemento****3 - Data da emissão****25/09/2012****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****8257609****2 - Série****40****3 - Data da emissão****19/09/2014****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87865090728****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Terceiro(a)

7.11 - SANATIEL concluiu esse curso que frequentou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SANATIEL trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

(extração vegetal)?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SANATIEL era:

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

☒

0 - Não recebeu

8.06 - SANATIEL 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 SANATIEL nesse período?

8.09 - Quanto SANATIEL 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 |

## 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="985176162"/> | <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 declarado

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

011285707-85

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

13/01/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.12 - CPF

5810171370

1.13 - Observações

ATUALIZACAO E RECEBE PBF E TEM PASSE LIVRE

## Vinculação a programas e serviços

**2.01 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.**

Este quesito admite múltipla marcação.

- |                                                                                     |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos                                          |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva                                                                |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)                                                        |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum                                                                                                   |

**2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?**

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- ☒ 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social

- ☐ 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- ☐ 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- ☐ 4 - Nenhum

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

**a) Nº de ordem da pessoa**

**1 - LUCIENE SALES DE OLIVEI**

**b) Código da unidade consumidora**

**2435891**

**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 Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**