

## Identificação e controle

### 1.01 - Código familiar

### 1.02 - UF

### 1.03 - Município

### 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

### 1.09 - Formulários preenchidos

0 - Principal  2 - Avulso 2  4 - Pessoa em situação de rua (FS2)  
 1 - Avulso 1  3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)  5 - Representante legal (FS3)

### 1.10 - Data da entrevista

## Endereço da família

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

PAJUCARA

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

RUA

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

SAO

1.14 - Nome

MATHEUS

1.15 - Número

228

1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)

1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

1.18 - CEP

61.932-535

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.22 - CPF

5810171370

1.23 - Observações

ATUALIZACAO

## Características do domicílio

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

1 - Urbanas  2 - Rurais

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

5

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

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?

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

 Alvenaria/tijolo com 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 séptica

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

 Elétrica sem medidor

## Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim  2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

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

2 - Não sabe

**3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?**

1 - Sim  2 - Não

**3.05 - A família é quilombola?**

1 - Sim  2 - Não

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

2 - Não consta no município

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

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

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

	<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	
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:**

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

**3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:****2372169 - USF PREFEITO ANASTACIO SOARES DE LIMA****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**

**BRENA DO NASCIMENTO SOARES**

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

**20044123811**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**06/07/1999**

**4.07 - Relação de parentesco de BRENA 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)

TEREZINHA DO NASCIMENTO SOARES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MANOEL SOARES PEREIRA

2 - Não sabe

4.11- Onde BRENA nasceu?

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

4.12 - Em que estado BRENA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município BRENA nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro BRENA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de BRENA 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 BRENA ?

1 - Sim  2 - Não

**4.17-BRENA 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 BRENA?**

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**

27/09/1999

**3 - Número do livro**

57

**4 - Número da folha**

276

**5 - Número do termo/RANI**

00065066

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

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

2556326301

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número**

00000002006007014600

**2 - Complemento****3 - Data da emissão**

27/10/2015

**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**

87872840760

**2 - Zona**

104

**3 - Seção**

125

**Pessoa com deficiência****6.01 - BRENA 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 BRENA 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 BRENA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não  4 - Sim, de vizinho

2 - Sim, de alguém da família 3 - Sim, de cuidador especializado 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - BRENA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - BRENA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Normal)

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

Segundo(a)

7.11 - BRENA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada BRENA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal BRENA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - BRENA 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 BRENA nesse período?

## 8.09 - Quanto BRENA recebe, normalmente, por mês de:

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco de NICOLY 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 NICOLY nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado NICOLY nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município NICOLY nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro NICOLY nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de NICOLY 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 NICOLY ?

- 1 - Sim     2 - Não

4.17-NICOLY 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 NICOLY?

- 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****04/05/2018****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552018100069137004274147****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****9669409381****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 - NICOLY 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 NICOLY 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 NICOLY 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 - NICOLY sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

Sim, rede pública

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

TEREZA DE CALCUTA EMEF MADRE

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

23232692

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que NICOLY frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Segundo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

8.06 - NICOLY 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 NICOLY nesse período?

8.09 - Quanto NICOLY 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

Fontes de renda	Valor
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

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

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

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

BRENA DO NASCIMENTO SOARES PEREIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ANTONIO RODRIGO SOUSA PEREIRA

2 - Não sabe

4.11- Onde NICOLAS nasceu?

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

4.12 - Em que estado NICOLAS nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município NICOLAS nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro NICOLAS nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de NICOLAS 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 NICOLAS ?

1 - Sim  2 - Não

**4.17-NICOLAS 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 NICOLAS?**

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**

16/10/2024

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

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

**4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - NICOLAS 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 NICOLAS 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 NICOLAS recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não     4 - Sim, de vizinho

2 - Sim, de alguém da família 3 - Sim, de cuidador especializado 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - NICOLAS sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - NICOLAS frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

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

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

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

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

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada NICOLAS trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal NICOLAS era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - NICOLAS 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 NICOLAS nesse período?

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

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

**Responsável pela família****9.01 - Contato(s)**

## a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

997593490

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

2 - Não

## b) Telefone secundário

Tipo

Não tem

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim

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

072466697-44

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

16/06/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR

1.12 - CPF

5810171370

1.13 - Observações

**ATUALIZACAO****Vinculação a programas e serviços**

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

Este quesito admite múltipla marcação.

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

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

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

a) N° de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

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

23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI

24 - Nenhum

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

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**