

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

057553694-29

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1 - Inclusão

2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

1 - Fora do domicílio

2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio

*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

25/05/2026

Endereço da família

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

BELA VISTA

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

AVENIDA

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

1.14 - Nome

XIV

1.15 - Número

00000000000000030

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

A

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

1.18 - CEP

61.901-290

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.22 - CPF

79350852349

## 1.23 - Observações

**ATUALIZACAO RECEBE BOLSA FAMILIA**

## 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?

**2**

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?

**1**

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

**Cimento**

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

**Alvenaria/tijolo com revestimento**

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

1 - Sim  2 - Não

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

**Rede geral de distribuição**

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

1 - Sim  2 - Não

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

2.11 - O lixo do seu domicílio:

**É coletado diretamente**

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

**Elétrica com medidor próprio**

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

1 - Total  2 - Parcial  
 3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
2	Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 500</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:

**3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II**

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

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

**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**

**IVNA FEITOSA SILVA**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16258453636

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/06/1992

4.07 - Relação de parentesco de IVNA 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)

MARIA DE JESUS FEITOSA DA COSTA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE WILLAME DO NASCIMENTO SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde IVNA nasceu?

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

4.12 - Em que estado IVNA nasceu?

CEARA

- 2 - Não sabe

4.13 - Em que município IVNA nasceu?

MARACANAU

- 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro IVNA nasceu?

- 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de IVNA 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 IVNA ?

- 1 - Sim     2 - Não

4.17-IVNA 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 IVNA?**

Feminina     Masculina     Não binário(a)

## Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão**

**a) Tipo**

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

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório**

**GUERREIRO**

**2 - Data do registro**

**18/03/1998**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**A001**

**322**

**00000322**

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

**CEARA**

**8 - Município de registro**

**MARACANAU**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

**5842365308**

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

**1 - Número**

**2005025004249**

**2 - Complemento**

**3 - Data da emissão**

**22/04/2005**

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

9056594

2 - Série

30

3 - Data da emissão

08/02/2012

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

78616210728

2 - Zona

104

3 - Seção

358

## Pessoa com deficiência

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

1 - Sim     2 - Não

7.02 - IVNA frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1<sup>o</sup> ciclo (Ginasial), Segun**

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

**Oitavo(a)**

7.11 - IVNA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

8.06 - IVNA 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 IVNA nesse período?

8.09 - Quanto IVNA 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

### Fontes de renda

### Valor

3 Seguro-desemprego



0 - Não  
recebeu

4 Pensão alimentícia



0 - Não  
recebeu

5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa  
família ou outras transferências similares



0 - Não  
recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

MARIA HELLEN FEITOSA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

**23836032151**

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**27/08/2017**

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

**Filho(a)**

4.08 - Cor ou raça

**Branca**

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

**IVNA FEITOSA SILVA**

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**JOSE CLEISON RODRIGUES DA SILVA**

2 - Não sabe

4.11- Onde MARIA nasceu?

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MARIA foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento     3 - Não     4 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?**

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?**

- Sim, a pessoa é trans     Sim, a pessoa é travesti     Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?**

- Feminina     Masculina     Não binário(a)

---

## Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão**

**a) Tipo**

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

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório**

**CARTORIO ALBUQUERQUE**

**2 - Data do registro**

**07/01/2020**

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552017100060254004015801

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9111690321

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 - MARIA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

- 1 - Sim       2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**BRAZ RIBEIRO DA SILVA 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

23079789

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

**8.02 - Na semana passada MARIA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?**

1 - Sim     2 - Não

**8.03 - Esse trabalho principal que MARIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

1 - Sim     2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

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

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

**Fontes de renda****Valor**

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

**Identificação da pessoa**

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

**3**

**MARIA CLARA FEITOSA DE MELO**

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

**16521261798**

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

**28/09/2007**

4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)

**IVNA FEITOSA SILVA**

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**THYAGO FIRMINO DE MELO**

2 - Não sabe

**4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MARIA foi registrado em cartório de registro civil?**

1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento     3 - Não     4 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?**

1 - Sim  2 - Não

**4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?**

Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?**

Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão**

**a) Tipo**

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

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório**

**2 - Data do registro**

**CARTORIO ALMEIDA FIGUEIREDO**

**18/02/2014**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**01616201552007100004169000427639**

**7 - Estado de registro**

**CEARA**

**8 - Município de registro**

**PACATUBA**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

**10644129395**

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

1 - Número

00000000000106441293

2 - Complemento

3 - Data da emissão

05/05/2026

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

1064412

2 - Série

9395

3 - Data da emissão

05/05/2026

4 - Estado emissor

CEARA

#### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

**6.01 - MARIA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

- 1 - Sim     2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <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 MARIA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não     4 - Sim, de vizinho

2 - Sim, de alguém da família

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

3 - Sim, de cuidador especializado

6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - MARIA sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Terceiro(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

- 1 - Sim     2 - Não

8.02 - Na semana passada MARIA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim     2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que MARIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

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

**Fontes de renda**

**Valor**

1 Ajuda/doação regular de não morador

0 - Não recebeu

**Fontes de renda****Valor**

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

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

a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

992123823

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

057553694-29

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão  
 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

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

1.10 - Data da entrevista

25/05/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.12 - CPF

79350852349

1.13 - Observações

ATUALIZACAO RECEBE BOLSA FAMILIA

## 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                |  |

- 5 - Recebe cesta básica
- 6 - Faz refeição em restaurante popular
- 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- 14 - Nenhum

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

a) N° de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

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

- |   |  |
|---|--|
| <input 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 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"/> 11 - ProJovem Adolescente  |  |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano   |  |

- 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**