

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar 42978688-30	1.02 - UF PR	1.03 - Município CURITIBA	1.04 - Distrito 0	1.05 - Subdistrito 0	1.06 - Setor censitário 0
1.07 - Modalidade da operação 2- Alteração	1.08 - Forma de coleta de dados 1- Sem visita domiciliar	1.09 - Formulário(s) preenchido(s) 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .			1.10 - Data de entrevista 03/06/2019

ENDEREÇO DA FAMÍLIA

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

Logradouro (tipo, título, nome)

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

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

1.14 - Nome
DO COMERCIO

1.15 - Número
1387

1.16 - Complemento do número (s/nº, km, A, FUNASA, SUCAM, etc.)

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

1.18 - CEP
81495-000

1.19 - Unidade territorial local

a) Código b) Descrição

1.20 - Referência para localização
OCUPACAO 29 DE OUTUBRO PROXIMO AO PROJETO MOVE VIDAS

ENTREVISTADOR

1.21 - Nome
KIZZY ANDREIA PEDROZO

1.22 - CPF do entrevistador 016.429.629-88 **Assinatura do entrevistador**

1.23 - Observações
CEP CRAS CAXIMBA LOCALIDADE MAIS PROXIMA

**Assinatura do representante da prefeitura
órgão responsável pelo cadastramento**

2 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

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

1- Urbanas

2.02 - Qual é a espécie do seu domicílio?

1- Particular permanente

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

2

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

3 - Madeira aproveitada

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

6- Madeira aproveitada

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

2- Não

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

4- Outra forma

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

1- Sim

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

3- Fossa rudimentar

2.11 - O lixo do seu domicílio:

2- É coletado indiretamente

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

3- Elétrica sem medidor

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

3 - Não existe

3 - FAMÍLIA

Observe os conceitos de morador e de família na contracapa do formulário

3.01 - A família é indígena?

2- Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

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

3.05 - A família é quilombola?

2- Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio? (Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)**

5

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio? (Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

1

3.09 - Há alguma pessoa dessa família que está internada ou abrigada em hospital, casa de saúde, asilo, orfanato ou em outro estabelecimento similar há 12 meses ou mais? 1 - Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos) 2 - Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos) 3 - Idoso(s) (de 60 anos ou mais)**LISTA DE COMPONENTES DA FAMÍLIA MORADORES DO DOMICÍLIO**

- Sempre iniciar o preenchimento pelo nome do Responsável pela Unidade Familiar
- Anote o primeiro nome de cada pessoa

1 - JULIO CEZAR FERREIRA ALVES

2 - ADRIANA ROSELI DA SILVA MARTINEZ OJEDA

3 - JOAO GABRIEL OJEDA ALVES

4 - JENIFFER OJEDA

5 - ANA JULIA OJEDA ALVES

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

1 - Energia elétrica	<input type="text"/>	,00
2 - Água e esgoto	<input type="text"/>	,00
3 - Gás, carvão e lenha	65	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	320	,00
5 - Transporte	<input type="text"/>	,00
6 - Aluguel	<input type="text"/>	,00
7 - Medicamentos de uso regular	40	,00

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os membros da família são atendidos quando necessitam:a) Nome b) Código **3.12 - Nome e código do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os membros da família são atendidos quando necessitam:**a) Nome b) Código

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

JULIO CEZAR FERREIRA ALVES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1625008162-4

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

23/11/1989

4.07 - Relação de parentesco (nome) com pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

1 - PESSOA RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Nome completo da mãe

MARIA DE FATIMA NUNES FERREIRA

4.10 - Nome completo do pai

ARIVALDO ALVES

4.11 - Onde (nome) nasceu?

1- Neste município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

1 - Sim e tem Certidão de Nascimento e/ou de Casamento

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Certidão

1- Nascimento

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 OFICIOCURITIBA

07/12/1989

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

A154

314

00003314

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

PARANA

CURITIBA

5.02 - Número de inscrição do CPF

079.570.119-50

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000099323299

2 - Complemento

3 - Data da emissão

06/10/2003

4 - Estado emissor

PARANA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

853515

2 - Série

20

3 - Data da emissão

16/10/2006

4 - Estado emissor

PARANA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

01002103206-55

2 - Zona

0186

3 - Seção

0173

6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

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

2- Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

1- Sim

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

3- Não, já frequentou

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

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?

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:

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?

PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

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

6- Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

6- Sexto(a)

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

2- Não

8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO
(para pessoas de 14 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

2- Não

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

2- Não

Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana

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

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

8.05 - No mês passado (nome) recebeu remuneração de trabalho?

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

0

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1- Sim

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

9

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

10017

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador ,00

2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS ,00

3 - Seguro-desemprego ,00

4 - Pensão alimentícia ,00

5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares ,00

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

ADRIANA ROSELI DA SILVA MARTINEZ OJEDA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2371389710-3

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

30/01/1989

4.07 - Relação de parentesco (nome) com pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

2 - CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

ROZENE DA SILVA MARTINEZ OJEDA

4.10 - Nome completo do pai

OSVALDDO ROMULO MARTINEZ OJEDA

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

RIO GRANDE DO SUL

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

SANTA MARIA

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

2 - Sim, mas não tem Certidão de Nascimento nem de Casamento

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Certidão

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 do registro

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

072.708.979-05

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000005099623984

2 - Complemento

3 - Data da emissão

18/10/2017

4 - Estado emissor

RIO GRANDE DO SUL

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

8275486

2 - Série

10

3 - Data da emissão

11/04/2005

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00977910706-55

2 - Zona

0008

3 - Seção

0179

6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

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

2- Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

1- Sim

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

3- Não, já frequentou

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

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?

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:

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?

PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

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

6- Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

7- Sétimo(a)

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

2- Não

8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO
(para pessoas de 14 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

2- Não

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

2- Não

Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana

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

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

8.05 - No mês passado (nome) recebeu remuneração de trabalho?

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

0

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

2- Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador ,00

2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS ,00

3 - Seguro-desemprego ,00

4 - Pensão alimentícia ,00

5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares ,00

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

JOAO GABRIEL OJEDA ALVES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2371390261-1

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

09/01/2015

4.07 - Relação de parentesco (nome) com pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

3 - FILHO(A)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

ADRIANA ROSELI DA SILVA MARTINEZ OJEDA

4.10 - Nome completo do pai

JULIO CEZAR FERREIRA ALVES

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

PARANA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

COLOMBO

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

1 - Sim e tem Certidão de Nascimento e/ou de Casamento

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Certidão

1- Nascimento

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

COMARCA DE COLOMBO

10/01/2015

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

14216601552015100158187005345417

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

PARANA

COLOMBO

5.02 - Número de inscrição do CPF

601.546.710-02

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

4135306951

2 - Complemento

3 - Data da emissão

16/10/2017

4 - Estado emissor

RIO GRANDE DO SUL

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 do Eleitor

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

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

2- Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

2- Não

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

1- Sim, rede pública

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

ESCOLA MUNICIPAL GOVERNADOR LEONEL DE MOURA BRIZOLA

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?

1- Sim

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

1 - Estado

PARANA

2 - Município

CURITIBA

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

41385977

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?

2- Pré-escola (exceto CA)

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?

PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

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

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

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO
(para pessoas de 14 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

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

Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana

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

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

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

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	,00
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text" value="0"/>	,00
3 - Seguro-desemprego	<input type="text"/>	,00
4 - Pensão alimentícia	<input type="text" value="0"/>	,00
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	,00

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

JENIFFER OJEDA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2371389108-3

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

23/06/2006

4.07 - Relação de parentesco (nome) com pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4 - ENTEADO(A)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

ADRIANA ROSELI DA SILVA MARTINEZ OJEDA

4.10 - Nome completo do pai

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

PARANA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

SAO JOSE DOS PINHAIS

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

1 - Sim e tem Certidão de Nascimento e/ou de Casamento

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Certidão

1- Nascimento

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

COMARCA SAO JOSE DOS

20/05/2009

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

A112

140

00075843

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

PARANA

SAO JOSE DOS PINHAIS

5.02 - Número de inscrição do CPF

052.634.420-25

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

8133446123

2 - Complemento

3 - Data da emissão

07/12/2016

4 - Estado emissor

RIO GRANDE DO SUL

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 do Eleitor

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

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

2- Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

1- Sim

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

1- Sim, rede pública

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

MARIA GAI GRENDEL C E PROFA EF M

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?

1- Sim

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

1 - Estado

PARANA

2 - Município

CURITIBA

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

41130901

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?

5- Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?

7- Sétimo(a)

PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

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

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

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO
(para pessoas de 14 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

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

Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana

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

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

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

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	,00
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text" value="0"/>	,00
3 - Seguro-desemprego	<input type="text"/>	,00
4 - Pensão alimentícia	<input type="text" value="100"/>	,00
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	,00

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

5

4.02 - Nome completo

ANA JULIA OJEDA ALVES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2371389428-7

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

18/09/2013

4.07 - Relação de parentesco (nome) com pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

3 - FILHO(A)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

ADRIANA ROSELI DA SILVA MARTINEZ OJEDA

4.10 - Nome completo do pai

JULIO CEZAR FERREIRA ALVES

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

PARANA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

COLOMBO

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

1 - Sim e tem Certidão de Nascimento e/ou de Casamento

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Certidão

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 do registro

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

601.546.640-57

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

7135306608

2 - Complemento

3 - Data da emissão

16/10/2017

4 - Estado emissor

RIO GRANDE DO SUL

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 do Eleitor

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

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

2- Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

2- Não

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

1- Sim, rede pública

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

ESCOLA MUNICIPAL GOVERNADOR LEONEL DE MOURA BRIZOLA

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?

1- Sim

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

1 - Estado

PARANA

2 - Município

CURITIBA

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

41385977

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?

5- Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?

1- Primeiro(a)

PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

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

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

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO
(para pessoas de 14 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

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

Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana

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

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

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

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	,00
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text" value="0"/>	,00
3 - Seguro-desemprego	<input type="text"/>	,00
4 - Pensão alimentícia	<input type="text" value="0"/>	,00
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	,00

9 - RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR - RF

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

9.01 - Contato(s)

Telefone(s) para contato:

(41) 999542291 - Celular

Autoriza recebimento de mensagem: Sim

(41) 999244577 - Recado

Email:

Não declarado

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

10 - MARCAÇÃO LIVRE PARA O MUNICÍPIO

10.01 - Há trabalho infantil na família?

2- Não

10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

Nº de ordem

Nome da criança

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar 42978688-30	1.02 - UF PR	1.03 - Município CURITIBA	1.04 - Distrito 0	1.05 - Subdistrito 0	1.06 - Setor censitário 0
1.07 - Modalidade da operação 2- Alteração	1.08 - Forma de coleta de dados 1- Sem visita	1.09 - Formulário(s) preenchido(s) 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .		1.10 - Data de entrevista 03/06/2019	

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome KIZZY ANDREIA PEDROZO	
1.12 - CPF do entrevistador 016.429.629-88	Assinatura do entrevistador
1.13 - Observações CEP CRAS CAXIMBA LOCALIDADE MAIS PROXIMA	
Assinatura do representante da prefeitura/órgão responsável pelo cadastramento	

2 - VINCULAÇÃO A PROGRAMAS E SERVIÇOS

2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN. Admite múltipla marcação. 14 - Nenhum	2.02 - Algum membro da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)? 2- Não
	2.03 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia. 4 - Nenhum
	2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio. a) Nº de ordem da pessoa: <input type="text"/> b) Código da unidade <input type="text"/>

2.05 - Indique abaixo, marcado com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Assistência Social - SINAS.

Este quesito admite múltipla marcação.

24 - Nenhum

2.06 - Indique abaixo se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades.

Lista de Programas

X - Esta família não é beneficiária de qualquer programa do Ministério das Cidades.

2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico? Identifique qual entre as opções disponíveis:

000 - Nenhuma

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR - RF

Declaro, sobe as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Telefone(s) para contato

(41) 999542291 - Celular

(41) 999244577 - Recado