

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar 040811728-11	1.02 - UF BA	1.03 - Município SALVADOR	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 2- Com visita domiciliar	1.09 - Formulário(s) preenchido(s) 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .			1.10 - Data de entrevista 15/10/2018

ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade
(bairro, povoado, vila, etc.)
RESIDENCIAL DAS MARGARIDAS

Logradouro (tipo, título, nome)

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

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

1.14 - Nome
JOAQUIM FERREIRA

1.15 - Número 4 **1.16 - Complemento do número** (s/nº, km, A, FUNASA, SUCAM, etc.) 32

1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)
BLOCO 32

1.18 - CEP 41502-200

1.19 - Unidade territorial local

a) Código b) Descrição

1.20 - Referência para localização

ENTREVISTADOR

1.21 - Nome
ALAINE COPIS NERES

1.22 - CPF do entrevistador 036.136.555-19 **Assinatura do entrevistador**

1.23 - Observações
MCMV

**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?

5

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?

5 - Cerâmica, lajota ou pedra

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

1- Alvenaria/tijolo com revestimento

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

1- Sim

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

1- Rede geral de distribuição

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?

1- Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

1- É coletado diretamente

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

1- Elétrica com medidor próprio

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

1- Total

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)**

3

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 - PATRICIA DA SILVA CRUZ

2 - LAIANE CRUZ GUIMARAES

3 - DINALVA FERREIRA DA SILVA

4 - ARY SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR

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

1 - Energia elétrica	<input type="text" value="60"/>	,00
2 - Água e esgoto	<input type="text" value="48"/>	,00
3 - Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="70"/>	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text" value="200"/>	,00
5 - Transporte	<input type="text"/>	,00
6 - Aluguel	<input type="text"/>	,00
7 - Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	,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

PATRICIA DA SILVA CRUZ

4.03 - Identificação

2090313765-2

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/08/1984

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

DINALVA FERREIRA DA SILVA

4.10 - Nome completo do pai

NILSON OLIVEIRA CRUZ

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

PIRAJA

2 - Data do registro

10/08/1984

3 - Número do livro

A102

4 - Número da folha

241

5 - Número do

00106338

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

BAHIA

8 - Município do

SALVADOR

5.02 - Número de inscrição do CPF

038.135.815-19

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000001434383105

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/11/2004

4 - Estado emissor

BAHIA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

9928123

2 - Série

10

3 - Data da emissão

02/03/2006

4 - Estado emissor

BAHIA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

01281044505-74

2 - Zona

0015

3 - Seção

0178

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?

5- Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginasial), Segunda fase do 1º grau

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

8- Oitavo(a)

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

1- Sim

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

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

1- Sim

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)?

2- Não

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

1- TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA (BICO, AUTÔNOMO)

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

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

400

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

1- Sim

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

2

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

800

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

LAIANE CRUZ GUIMARAES

4.03 - Identificação

2368674972-2

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

21/02/2011

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

3 - FILHO(A)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Nome completo da mãe

PATRICIA DA SILVA CRUZ

4.10 - Nome completo do pai

ORLAN DOS SANTOS GUIMARAES

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

CARTORIO DA CONCEICA

25/02/2011

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do

6 - Matrícula

000000005520111001391400041540XX

7 - Estado do registro

8 - Município do

BAHIA

SALVADOR

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 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?

4- Nunca 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?

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

3

4.02 - Nome completo

DINALVA FERREIRA DA SILVA

4.03 - Identificação

2001041606-9

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

28/08/1958

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

6 - PAI OU MAE

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Nome completo da mãe

JOSELITA ALVES DA SILVA

4.10 - Nome completo do pai

JOAO FERREIRA DA SILVA

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

BAHIA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

SANTO AMARO

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

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do

5.02 - Número de inscrição do CPF

800.377.805-06

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000392213931

2 - Complemento

3 - Data da emissão

29/08/2006

4 - Estado emissor

BAHIA

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

01001527505-90

2 - Zona

0987

3 - Seção

0987

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)

1- Sim

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

6 - DEFICIENCIA MENTAL OU INTELECTUAL

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

2 - SIM, DE ALGUÉM DA FAMILIA

6 - SIM, DE OUTRA FORMA

7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?

2- Não

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?

4- Nunca 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?

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?
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	<input type="text" value="0"/>	,00
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text" value="0"/>	,00
3 - Seguro-desemprego	<input type="text" value="0"/>	,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" value="0"/>	,00

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

ARY SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR

4.03 - Identificação

2003210333-0

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

12/04/1983

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

2 - CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Nome completo da mãe

MARIA DE LOURDES DE JESUS SANTIAGO

4.10 - Nome completo do pai

ARY SANTOS DO NASCIMENTO

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 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do

5.02 - Número de inscrição do CPF

015.435.995-59

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000701639954

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

BAHIA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

46725

2 - Série

80

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

BAHIA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00995047605-66

2 - Zona

0987

3 - Seção

0987

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?

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

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

3- Terceiro(a)

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

1- Sim

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

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

1- Sim

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)?

2- Não

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

1- TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA (BICO, AUTÔNOMO)

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

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

200

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

1- Sim

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

2

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

400

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

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:

(71) 988202363 - Celular

Autoriza recebimento de mensagem: Sim

(71) 981504868 - Celular

Autoriza recebimento de Sim

Email:

Não tem

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 040811728-11	1.02 - UF BA	1.03 - Município SALVADOR	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 2- Com visita	1.09 - Formulário(s) preenchido(s) 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .		1.10 - Data de entrevista 15/10/2018	

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome ALAINE COPIS NERES	
1.12 - CPF do entrevistador 036.136.555-19	Assinatura do entrevistador
1.13 - Observações MCMV	
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 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: _____ b) Código da unidade _____

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

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

(71) 988202363 - Celular

(71) 981504868 - Celular