

**1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE**

<b>1.01 - Código familiar</b> 054971241-00	<b>1.02 - UF</b> BA	<b>1.03 - Município</b> SALVADOR	<b>1.04 - Distrito</b> 0	<b>1.05 - Subdistrito</b> 0	<b>1.06 - Setor censitário</b> 0
<b>1.07 - Modalidade da operação</b> 2- Alteração	<b>1.08 - Forma de coleta de dados</b> 2- Com visita domiciliar	<b>1.09 - Formulário(s) preenchido(s)</b> 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .			<b>1.10 - Data de entrevista</b> 25/09/2018

**ENDEREÇO DA FAMÍLIA**

**1.11 - Localidade**  
(bairro, povoado, vila, etc.)  
CEASA II

**Logradouro (tipo, título, nome)**

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

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

**1.14 - Nome**  
PRAIA AMARALINA

**1.15 - Número**  
83

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

**1.17 - Complemento adicional** (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)  
CASA LOG 244198

**1.18 - CEP**  
41400-500

**1.19 - Unidade territorial local**

a) Código      b) Descrição

**1.20 - Referência para localização**

**ENTREVISTADOR**

**1.21 - Nome**  
ROMEU DE SOUZA SANTOS

**1.22 - CPF do entrevistador**      382.786.185-34      **Assinatura do entrevistador**

**1.23 - Observações**

**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?**

2

**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)**

2

**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 - JESSICA FERREIRA SANTOS

2 - EDENILSON SUZART NUNES DA SILVA

**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	25	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	120	,00
5 - Transporte	50	,00
6 - Aluguel	200	,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

JESSICA FERREIRA SANTOS

4.03 - Identificação

2002818586-7

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

05/10/1997

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

CREUZA DOS SANTOS

4.10 - Nome completo do pai

DERALDINO FERREIRA SANTOS

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

17/10/1997

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do

219

219

00011019

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

863.137.245-50

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

1 - Número

00000000001621355721

2 - Complemento

3 - Data da emissão

16/04/2009

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

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?  
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

2

4.02 - Nome completo

EDENILSON SUZART NUNES DA SILVA

4.03 - Identificação

1404003427-5

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

30/01/1995

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

2 - CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Nome completo da mãe

RAULINDA DOS ANJOS SUZART

4.10 - Nome completo do pai

EDMILSON NUNES DA SILVA

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

034.970.575-50

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

1 - Número

00000000001391080561

2 - Complemento

3 - Data da emissão

22/12/2014

4 - Estado emissor

BAHIA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

1682377

2 - Série

30

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

BAHIA

### 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?

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?

11- Ensino Fundamental EJA - séries finais(Supletivo 5ª a 8ª)

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?  
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?  
3

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por (nome) nesse período?  
600

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

### 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) 987715840 - Celular

Autoriza recebimento de mensagem: Sim

(71) 988270123 - 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**

<b>1.01 - Código familiar</b> 054971241-00	<b>1.02 - UF</b> BA	<b>1.03 - Município</b> SALVADOR	<b>1.04 - Distrito</b> 0	<b>1.05 - Subdistrito</b> 0	<b>1.06 - Setor censitário</b> 0
<b>1.07 - Modalidade da operação</b> 2- Alteração	<b>1.08 - Forma de coleta de dados</b> 2- Com visita	<b>1.09 - Formulário(s) preenchido(s)</b> 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .		<b>1.10 - Data de entrevista</b> 25/09/2018	

**ENTREVISTADOR**

<b>1.11 - Nome</b> ROMEU DE SOUZA SANTOS	
<b>1.12 - CPF do entrevistador</b> 382.786.185-34	<b>Assinatura do entrevistador</b>
<b>1.13 - Observações</b>	
<b>Assinatura do representante da prefeitura/órgão responsável pelo cadastramento</b>	

**2 - VINCULAÇÃO A PROGRAMAS E SERVIÇOS**

<b>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.</b>  <b>Admite múltipla</b> 14 - Nenhum	<b>2.02 - Algum membro da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?</b>  2- Não
	<b>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.</b>  4 - Nenhum
	<b>2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio.</b>  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) 987715840 - Celular

(71) 988270123 - Celular