

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar 62298104-84	1.02 - UF SC	1.03 - Município CATANDUVAS	1.04 - Distrito 0	1.05 - Subdistrito 0	1.06 - Setor censitário 0
1.07 - Modalidade da operação 1- Inclusão	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 25/05/2020

ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.) CTG PATRONATO	
Logradouro (tipo, título, nome)	
1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé, etc.)	ESTRADA
1.13 - Título (general, santa, pintor, etc.)	
1.14 - Nome	CTG PATRONATO
1.15 - Número	
1.16 - Complemento do número (s/nº, km, A, FUNASA, SUCAM, etc.)	SN
1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)	
1.18 - CEP	89670-000
1.19 - Unidade territorial local	
a) Código	1
b) Descrição	1
1.20 - Referência para localização	

ENTREVISTADOR

1.21 - Nome CARLOS EMILIO RUARO RODRIGUES	
1.22 - CPF do entrevistador 094.162.689-09	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?

2- Parcial

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 - GUIOMAR APARECIDA FERREIRA

2 - ALCEU RIBEIRO FERREIRA

3 - ANTONIO SILVIO WASMANN

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

1 - Energia elétrica	<input type="text" value="100"/>	,00
2 - Água e esgoto	<input type="text" value="45"/>	,00
3 - Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="150"/>	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text" value="700"/>	,00
5 - Transporte	<input type="text" value="200"/>	,00
6 - Aluguel	<input type="text"/>	,00
7 - Medicamentos de uso regular	<input type="text" value="320"/>	,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

GUIOMAR APARECIDA FERREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2013996584-4

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

27/10/1947

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

7 - SOGRO(A)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

ALCINA MARIA DE FREITAS NEUKAMM

4.10 - Nome completo do pai

JOAO NEUKAMM

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

PARANA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

PALMAS

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

2- Casamento

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

050.964.919-00

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000008008174

2 - Complemento

3 - Data da emissão

22/11/2017

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

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

00078411409-06

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?

4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar(Primário), Primeira fase do 1º grau

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

4- Quarto(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?

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

2

4.02 - Nome completo

ALCEU RIBEIRO FERREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1037847900-5

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

15/05/1943

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

7 - SOGRO(A)

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Nome completo da mãe

LAUZINA RIBEIRO

4.10 - Nome completo do pai

VIRGILIO MANOEL FERREIRA

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

PARANA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

PALMAS

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

2- Casamento

1 - Nome do cartório

DIPP

2 - Data do registro

30/06/1978

3 - Número do livro

13

4 - Número da folha

48V

5 - Número do termo/RANI

00002845

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

150.577.399-72

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000021552127

2 - Complemento

3 - Data da emissão

06/09/2002

4 - Estado emissor

PARANA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

879

2 - Série

15

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

PARANA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00078406009-81

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)

1- Sim

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

5 - DEFICIENCIA FISICA

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

1 - NAO

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?

4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar(Primário), Primeira fase do 1º grau

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

4- Quarto(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?

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

ANTONIO SILVIO WASMANN

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1252680864-4

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

12/02/1980

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

1 - PESSOA RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Nome completo da mãe

JOSEFA CLARA WASMANN

4.10 - Nome completo do pai

SEBASTIAO WASMANN

4.11 - Onde (nome) nasceu?

2- Em outro município

4.12 - Em que estado (nome) nasceu:

SANTA CATARINA

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

PORTO UNIAO

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

PORTO UNIAO

2 - Data do registro

05/01/1981

3 - Número do livro

26A

4 - Número da folha

187

5 - Número do termo/RANI

00001600

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

SANTA CATARINA

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

028.577.509-00

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000007900381

2 - Complemento

3 - Data da emissão

08/09/2015

4 - Estado emissor

PARANA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

83655

2 - Série

46

3 - Data da emissão

16/02/1994

4 - Estado emissor

PARANA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00369781109-65

2 - Zona

0018

3 - Seção

0030

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?

12- Ensino Médio EJA (Supletivo)

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:

4- EMPREGADO COM CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA

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

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

2500

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

1- Sim

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

12

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

24000

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:

(49) 991132107 - Celular

Autoriza recebimento de mensagem: Sim

Não tem

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 62298104-84	1.02 - UF SC	1.03 - Município CATANDUVAS	1.04 - Distrito 0	1.05 - Subdistrito 0	1.06 - Setor censitário 0
1.07 - Modalidade da operação 1- Inclusão	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 25/05/2020

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome CARLOS EMILIO RUARO RODRIGUES	Assinatura do entrevistador
1.12 - CPF do entrevistador 094.162.689-09	
1.13 - Observações	
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: _____ 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 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

(49) 991132107 - Celular

Não tem