

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código familiar 62280010-86	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 21/05/2020

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	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	b) Descrição
1	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?

6

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

3

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

4 - Madeira aparelhada

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

3- Madeira aparelhada

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)

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 - MARLENE TEREZINHA RODRIGUES

2 - MOACIR RODRIGUES

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

1 - Energia elétrica	<input type="text" value="120"/>	,00
2 - Água e esgoto	<input type="text" value="50"/>	,00
3 - Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="85"/>	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text" value="800"/>	,00
5 - Transporte	<input type="text" value="200"/>	,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

MARLENE TEREZINHA RODRIGUES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1206381471-8

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/04/1966

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

ELCY DOS SANTOS PEREIRA

4.10 - Nome completo do pai

JOAQUIM ANTUNES PEREIRA

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 termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

489.703.879-00

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000001515555

2 - Complemento

3 - Data da emissão

14/10/2009

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

46015

2 - Série

2

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00078290609-06

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?

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?

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

2

4.02 - Nome completo

MOACIR RODRIGUES

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1082741204-2

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

10/02/1964

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

GARDINA RODRIGUES

4.10 - Nome completo do pai

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?

PONTE SERRADA

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

ATILIO SGANZERLA

16/10/1982

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

B1

238

00000388

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

489.706.039-72

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000001514385

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e previdência Social

1 - Número

22036

2 - Série

4

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00078291109-65

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?

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?

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

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) 999317011 - 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 62280010-86	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 21/05/2020

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome	CARLOS EMILIO RUARO RODRIGUES
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

<p>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.</p> <p>Admite múltipla marcação.</p> <p>14 - Nenhum</p>	<p>2.02 - Algum membro da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?</p> <p>2- Não</p>
	<p>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.</p> <p>4 - Nenhum</p>
	<p>2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio.</p> <p>a) Nº de ordem da pessoa: _____</p> <p>b) Código da unidade _____</p>

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) 999317011 - Celular

Não tem