

**1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE**

<b>1.01 - Código familiar</b> 62364295-61	<b>1.02 - UF</b> SC	<b>1.03 - Município</b> CATANDUVAS	<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> 1- Inclusão	<b>1.08 - Forma de coleta de dados</b> 1- Sem visita domiciliar	<b>1.09 - Formulário(s) preenchido(s)</b> 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .			<b>1.10 - Data de entrevista</b> 02/06/2020

**ENDEREÇO DA FAMÍLIA**

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

**ENTREVISTADOR**

<b>1.21 - Nome</b> CARLOS EMILIO RUARO RODRIGUES	
<b>1.22 - CPF do entrevistador</b> 094.162.689-09	<b>Assinatura do entrevistador</b>
<b>1.23 - Observações</b>	
<b>Assinatura do representante da prefeitura órgão responsável pelo cadastramento</b>	

## 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?**

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?**

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)**

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 - GENUIR FAVERO

2 - LEONILDE MARTTINI FAVERO

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

1 - Energia elétrica	<input type="text" value="70"/>	,00
2 - Água e esgoto	<input type="text" value="80"/>	,00
3 - Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="200"/>	,00
4 - Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text" value="950"/>	,00
5 - Transporte	<input type="text" value="100"/>	,00
6 - Aluguel	<input type="text"/>	,00
7 - Medicamentos de uso regular	<input type="text" value="100"/>	,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

GENUIR FAVERO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

1041630197-2

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

1- Masculino

4.06 - Data de nascimento

14/05/1953

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

NATALIA SILVA FAVERO

4.10 - Nome completo do pai

FRANCISCO LUIZ FAVERO

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?

GETULIO VARGAS

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

GETULIO VARGAS

26/11/1979

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

27

117V

00008030

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

425.662.749-91

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

1 - Número

00000000000001076499

2 - Complemento

3 - Data da emissão

31/08/2018

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

83890

2 - Série

288

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

### 5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00078464409-49

2 - Zona

0018

3 - Seção

0039

## 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?

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

LEONILDE MARTTINI FAVERO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2096937112-2

4.04 - Apelido/Nome Social

4.05 - Sexo

2- Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/08/1951

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

GRACIOSA VANAZZI MARTTINI

4.10 - Nome completo do pai

JOAO MARTTINI

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?

CONCORDIA

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

26/01/1979

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

27

117V

00080300

6 - Matrícula

7 - Estado do registro

8 - Município do registro

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

560.052.969-49

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

1 - Número

00000000000003185382

2 - Complemento

14C

3 - Data da emissão

08/04/1992

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

76067

2 - Série

426

3 - Data da emissão

25/09/1975

4 - Estado emissor

SANTA CATARINA

### 5.05 - Dados do Título do Eleitor

1 - Número

00078574009-30

2 - Zona

0018

3 - Seção

0235

## 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

### 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) 035250872 - Residencial

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**

<b>1.01 - Código familiar</b> 62364295-61	<b>1.02 - UF</b> SC	<b>1.03 - Município</b> CATANDUVAS	<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> 1- Inclusão	<b>1.08 - Forma de coleta de dados</b> 1- Sem visita	<b>1.09 - Formulário(s) preenchido(s)</b> 0 - Principal . 3 - Formulário Suplementar 1 .			<b>1.10 - Data de entrevista</b> 02/06/2020

**ENTREVISTADOR**

<b>1.11 - Nome</b> CARLOS EMILIO RUARO RODRIGUES	<b>Assinatura do entrevistador</b>
<b>1.12 - CPF do entrevistador</b> 094.162.689-09	
<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>  Admite múltipla marcação. 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 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) 035250872 - Residencial

Não tem