

### FORMULÁRIO I PERFIL DA RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO:	FORMULÁRIO (NÚMERO DE CONTROLE)	
RECENSADOR:	CPF:	RG:

IDENTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA		
NOME DO CHEFE DA FAMÍLIA:		FONE DE CONTATO
ENDEREÇO:		NÚMERO
SETOR:	ÁREA SAÚDE DA FAMÍLIA:	
TIPO DE LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL	SE RURAL, DEMOSTRAR A CARACTERÍSTICA DA LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> ASSENTAMENTO <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> RIBEIRINHA <input type="checkbox"/> OUTRA _____	

CARACTERÍSTICA RESIDENCIAL		
TIPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> TAIPA <input type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> PALHA	CARACTERÍSTICA EXISTENTE NA RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TELEVISÃO <input type="checkbox"/> ACESSO A INTERNET <input type="checkbox"/> GELADEIRA <input type="checkbox"/> MICROONDEAS <input type="checkbox"/> COMPUTADOR <input type="checkbox"/> AR CONDICIONADO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> FREEZER <input type="checkbox"/> CELULAR COM ACESSO A INTERNET <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> VENTILADOR <input type="checkbox"/> SOFÁ <input type="checkbox"/> LIQUIDIFICADOR <input type="checkbox"/> PURIFICADOR DE ÁGUA	
ATENDIDO POR TRATAMENTO DE ESGOTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ATENDIDO POR PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ÁGUA ENCANADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ENERGIA ELÉTRICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE LIXO MUNICIPAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
QUANTAS HORAS POR DIA, FICA CONECTADO NA INTERNET? <input type="checkbox"/> 2 H <input type="checkbox"/> 3H <input type="checkbox"/> 4H <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 7H <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 9H <input type="checkbox"/> 10H <input type="checkbox"/> MAIS DE 10H		

ESTRUTURA FAMILIAR	
TIPO DA COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA MATRIMONIAL/NUCLEADA:</b> formada pelo casamento - PAI/MÃE/FILHO <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA EXTENSA</b> – Tal modelo de família, formada por parentes sanguíneos (tios, avós, primos, compostas por esses indivíduos em uma mesma casa ou morando próximos) <input type="checkbox"/> AVÔ/CRIANÇA(S) <input type="checkbox"/> AVÓ/CRIANÇA <input type="checkbox"/> TIOS/CRIANÇA <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA HOMOAFETIVA:</b> formada pela união estável <input type="checkbox"/> DOIS PAIS/CRIANÇA <input type="checkbox"/> DUAS MÃES/CRIANÇA <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA HOMOAFETIVA:</b> formada sem união estável <input type="checkbox"/> DOIS PAIS/CRIANÇA <input type="checkbox"/> DUAS MÃES/CRIANÇA) <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA MONOPARENTAL:</b> qualquer um dos pais com seu filho <input type="checkbox"/> PAI/FILHO <input type="checkbox"/> MÃE/FILHO <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA ANAPARENTAL:</b> Sem pais; formadas apenas pelos irmãos. <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA RECONSTITUÍDA:</b> Pais separados, com filhos, vivendo com pessoa também com filhos. <input type="checkbox"/> PAI/MADRASTA/FILHO <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> MÃE/PADASTRO/FILHO</span> <input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA UNIPESSOAL:</b> Apenas uma pessoa, como uma viúva. <input type="checkbox"/> MÃE VIÚVA/FILHO <input type="checkbox"/> PAI VIÚVO/FILHO	



### FORMULÁRIO II PERFIL DOS COMPONENTES FAMILIARES

#### IDENTIFICAÇÃO

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**SEXO:**  Masculino  Feminino **RAÇA/ETNIA:**  Indígena  Branca  Preta  Pardos  Amarela

**POSSUI CERTIDÃO DE NASCIMENTO?**  Sim  Não

**POSSUI RG?**  Sim  Não N° \_\_\_\_\_ **POSSUI CPF?**  Sim  Não N° \_\_\_\_\_

**POSSUI CARTÃO SUS?**  Sim  Não N° \_\_\_\_\_

**POSSUI CARTÃO DE VACINA?**  Sim  Não, **VACINAS ESTÃO ATUALIZADAS?**  Sim  Não

#### QUAL A POSIÇÃO DA PESSOA NO DOMICÍLIO?

Pessoa responsável pelo domicílio  Cônjuge  Companheiro (a)  Filho (a)  Enteado (a)  
 Agregado  Pensionista  outro \_\_\_\_\_

#### ESTÁ TRABALHANDO?

Sim  Não

#### SE SIM, QUANTAS HORAS DE TRABALHO SEMANAL?

4 HORAS  6 HORAS  8 HORAS  OUTRAS \_\_\_\_\_

#### QUAL A SITUAÇÃO ESCOLAR?

Está frequentando uma escola  Nunca frequentou escola, mas tem vontade  
 Não frequenta escola atualmente  Nunca frequentou escola, em nem tem vontade  
 Nunca frequentou uma escola  Vai voltar a estudar no próximo ano letivo

#### QUAL A POSIÇÃO QUANTO A ALFABETIZAÇÃO?

Sabe ler e escrever  Sabe ler e escrever com dificuldade  Apenas lê com dificuldade  
 Apenas escreve com dificuldade  Não lê e nem escreve

#### QUAL A POSIÇÃO RELIGIOSA DA PESSOA NO DOMICÍLIO?

Católica não praticante  Católica praticante  Espírita  Espírita Kardecista  
 Protestante. Qual denominação frequenta? \_\_\_\_\_  
 Nenhuma  Outras \_\_\_\_\_

#### QUAL O TIPO DE ATENDIMENTO QUE RECEBE? NOME?

( ) Atendimento de Programas governamentais.  
 Bolsa-escola  Bolsa-alimentação  Ação cidadania  Vale gás  Bolsa família  
 Aposentadoria por tempo de contribuição  Aposentadoria pessoas à margem da sociedade (BPC)

( ) Atendimento de organização não-governamental. \_\_\_\_\_

( ) Atendimento de instituição filantrópica. \_\_\_\_\_

( ) Atendimento de instituição religiosa. \_\_\_\_\_

( ) Não recebe nenhum atendimento especial.

( ) Outras formas de benefícios. \_\_\_\_\_

### PARA A PESSOA QUE FREQUENTA A ESCOLA

#### Frequenta escola ou creche? Qual rede?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, municipal do Município       | <input type="checkbox"/> Sim, comunitária do município       |
| <input type="checkbox"/> Sim, municipal de outro município | <input type="checkbox"/> Sim, comunitária de outro município |
| <input type="checkbox"/> Sim, estadual do município        | <input type="checkbox"/> Não, já frequentou                  |
| <input type="checkbox"/> Sim, estadual de outro município  | <input type="checkbox"/> Nunca frequentou                    |

#### Qual o ano/série que frequenta?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Creche maternal  | <input type="checkbox"/> Creche período I                    | <input type="checkbox"/> Creche Período II | <input type="checkbox"/> Pré-escola período I |
| <input type="checkbox"/> Pré-escola período II  | <input type="checkbox"/> 1º ano                              | <input type="checkbox"/> 2º ano            | <input type="checkbox"/> 3º ano               |
| <input type="checkbox"/> 4º ano   | <input type="checkbox"/> 5º ano                              | <input type="checkbox"/> 6º ano            | <input type="checkbox"/> 7º ano               |
| <input type="checkbox"/> 8º ano   | <input type="checkbox"/> 9º ano                              | <input type="checkbox"/> 1ºEM              | <input type="checkbox"/> 2ºEM                 |
| <input type="checkbox"/> 3ºEM   | <input type="checkbox"/> Ensino Superior. Qual período _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> EJA (Ensino Fund anos iniciais) <input type="checkbox"/> EJA (Ensino Fund anos finais) <input type="checkbox"/> EJA (Alfabetizado) |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Curso de Especialização <input type="checkbox"/> Outros _____  |  |  |   |

#### Qual a modalidade de ensino que frequenta?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educação infantil creche          | <input type="checkbox"/> Exame supletivo – Ensino médio |
| <input type="checkbox"/> Educação infantil pré-escolar     | <input type="checkbox"/> Pré-vestibular                 |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental – 1º ao 5º ano | <input type="checkbox"/> Superior – Graduação           |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental – 6º ao 9º ano | <input type="checkbox"/> Superior – Especialização      |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio                      | <input type="checkbox"/> Superior – Mestrado            |
| <input type="checkbox"/> EJA (qual S                       | <input type="checkbox"/> Doutorado                      |

#### Qual o turno que frequenta a Escola?

- Matutino  Vespertino  Noturno  Integral

### POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL?

- Sim  Não **ESTÁ ESTUDANTO?**  Sim  Não

Se SIM, responda:

- Estuda em turma regular com atendimento especial  
 Estuda em turma regular sem atendimento especial  
 Estuda em escola/classe especial

### QUAL O TIPO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL?

- Física  Superdotação  Visual  Hiperatividade  Auditiva  
 Portador de conduta atípica  Deficiência Múltipla  Autismo  Na Fala  Mental  
 Outra, qual? \_\_\_\_\_

### PARA PESSOAS QUE NÃO FREQUENTA A ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

#### Em que série/ano parou de estudar?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Creche maternal       | <input type="checkbox"/> Creche período I                    | <input type="checkbox"/> Creche Período II | <input type="checkbox"/> Pré-escola período I |
| <input type="checkbox"/> Pré-escola período II | <input type="checkbox"/> 1º ano                              | <input type="checkbox"/> 2º ano            | <input type="checkbox"/> 3º ano               |
| <input type="checkbox"/> 4º ano                | <input type="checkbox"/> 5º ano                              | <input type="checkbox"/> 6º ano            | <input type="checkbox"/> 7º ano               |
| <input type="checkbox"/> 8º ano                | <input type="checkbox"/> 9º ano                              | <input type="checkbox"/> 1ºEM              | <input type="checkbox"/> 2ºEM                 |
| <input type="checkbox"/> 3ºEM                  | <input type="checkbox"/> Ensino Superior. Qual período _____ |  |   |

### Qual o motivo porque deixou a escola?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade               | <input type="checkbox"/> Falta de vagas | <input type="checkbox"/> Gravidez                |
| <input type="checkbox"/> Distância da escola | <input type="checkbox"/> Custo          | <input type="checkbox"/> Não gosta da professora |
| <input type="checkbox"/> Proibição           | <input type="checkbox"/> Repetência     | <input type="checkbox"/> Desinteresse            |
| <input type="checkbox"/> Doença              | <input type="checkbox"/> Trabalho       | <input type="checkbox"/> Falta de escola         |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física  | <input type="checkbox"/> Casamento      | <input type="checkbox"/> Concluiu                |
| <input type="checkbox"/> Não gosta da escola | <input type="checkbox"/> Não sabe       | <input type="checkbox"/> Outro                   |

### PARA A PESSOA QUE NUNCA FREQUENTOU A ESCOLA

#### Motivo porque nunca frequentou a escola

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Idade               | <input type="checkbox"/> Falta de escola |
| <input type="checkbox"/> Doença              | <input type="checkbox"/> Proibição       |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física  | <input type="checkbox"/> Não sabe        |
| <input type="checkbox"/> Trabalho            | <input type="checkbox"/> Outro _____     |
| <input type="checkbox"/> Distância da escola |  |

### PARA A PESSOA QUE FREQUENTA A ESCOLA

#### Frequenta creche? Qual rede?

- Sim, municipal     Sim, rede particular     Sim, Estadual     Sim, conveniada com \_\_\_\_\_  
 Não, porquê? \_\_\_\_\_  
 Outra \_\_\_\_\_

Qual a localização:  Urbana     Rural

#### Frequenta escola? Qual rede?

- Sim, municipal     Sim, rede particular     Sim, Estadual     Sim, conveniada com \_\_\_\_\_  
 Não, porquê? \_\_\_\_\_  
 Outra \_\_\_\_\_

Qual a localização:  Urbana     Rural

#### Frequenta outras modalidades de ensino:

- Escola Técnica Municipal, qual? \_\_\_\_\_  
 Escola Técnica Estadual, qual? \_\_\_\_\_  
 Escola Técnica Federal, qual? \_\_\_\_\_  
 Não, mas tem vontade. Qual curso? \_\_\_\_\_

Qual a localização geográfica:  Urbana     Rural  
 No município que reside     Em outro município

#### Frequenta o Ensino Superior:

- Municipal, qual? \_\_\_\_\_  
 Estadual, qual? \_\_\_\_\_  
 Federal, qual? \_\_\_\_\_  
 Partícula, qual? \_\_\_\_\_  
 Não, mas tem vontade. Qual curso? \_\_\_\_\_

Qual a localização geográfica:  Urbana     Rural  
 No município que reside     Em outro município

### QUAL(IS) O(S) MOTIVO(S) QUE INFLUÊNCIA NA ESCOLHA DO LOCAL DE ESTUDO?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Proximidade da residência                        | <input type="checkbox"/> Por ter atividades extracurriculares         |
| <input type="checkbox"/> Boa qualidade de ensino                          | <input type="checkbox"/> Ausência de outra escola                     |
| <input type="checkbox"/> Por ser pública                                  | <input type="checkbox"/> Qualidade do material didático utilizado     |
| <input type="checkbox"/> Por ser particular de baixo valor da mensalidade | <input type="checkbox"/> Por facilitar a participação da vida escolar |
| <input type="checkbox"/> Conhecer os profissionais da escola              | <input type="checkbox"/> Qualidade das instalações físicas            |
| <input type="checkbox"/> Aspectos de segurança                            | <input type="checkbox"/> Nível social dos frequentadores da escola    |
| <input type="checkbox"/> Merenda Escolar                                  | <input type="checkbox"/> Formação acadêmica dos Professores           |
| <input type="checkbox"/> Outras, quais? _____                             |   |