



Prefeitura Municipal de  
**SANTA CRUZ DO XINGU-MT**  
CNPJ: 04.178.518/0001-70



Ofício nº 0150/2023

Santa Cruz do Xingu-MT 025 de agosto de 2023.

Excelentíssima Deputada Coronel Fernanda,  
Câmara dos Deputados  
Brasília, DF

Prezada Deputada Coronel Fernanda,

Em referência ao ofício que Vossa Excelência gentilmente nos enviou, no qual são solicitadas informações sobre a população indígena no município de Santa Cruz do Xingu, vimos por meio desta correspondência apresentar os dados pertinentes e atualizados.

Na Escola Municipal de nossa localidade, atendemos atualmente três crianças indígenas do sexo feminino. Destas, duas pertencem à tribo Juruna, enquanto uma é oriunda da tribo Juruna Kayapó. Adicionalmente, nosso quadro de alunos inclui sete crianças com ascendência indígena, sendo quatro do sexo feminino e três do sexo masculino, provenientes das tribos Karajá, Tapirapé, Kanela Apanyekra do Araguaia e Guajajara (ANEXO I).

Na Creche Municipal, atendemos atualmente duas crianças indígenas do sexo feminino, as quais são afiliadas à tribo Tapirapé (ANEXOS II e III). Contudo, na Escola Estadual do município, não há, até o presente momento, matrículas de alunos indígenas.

No âmbito da saúde, nossas Agentes Comunitárias de Saúde acompanham duas pessoas que se autodeclararam indígenas. Entre esses indivíduos, um pertence à etnia Juruna, enquanto a etnia da outra pessoa não foi especificada (ANEXO IV).

Após consultar a Delegacia de Polícia Militar local, temos a informação de que, nos últimos três anos, foi registrado apenas um único caso envolvendo uma pessoa de origem indígena.

Neste contexto, realçamos a relevância do trabalho desempenhado por esta comissão, visto que suas ações visam prevenir possíveis impactos socioeconômicos que poderiam advir da demarcação de novas terras indígenas. Colocamo-nos à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários para um entendimento mais abrangente da situação.

Atenciosamente,

**JORAILDES SOARES DE SOUSA**  
Prefeita Municipal



Prefeitura Municipal de  
**SANTA CRUZ DO XINGU-MT**  
CNPJ: 04.178.518/0001-70



ANEXO I

**ALUNOS INDÍGENAS OU DE ORIGEM INDÍGENA**

**ESCOLA MUNICIPAL RICIERI BERTE**

Nº	NOME	SÉRIE/TURMA	INDÍGENA /ORIGEM	ETNIA
01	ANA JULIA DE JESUS AMORIM	PRE I A	DE ORIGEM	GUAJAARA
02	ALICY SILVA MALTA	PRE I PA BRASIPAIVA	DE ORIGEM	KANELA APANYEKRA DO ARAGUALA
03	FELIPE SILVA MALTA	PRE I PA BRASIPAIVA	DE ORIGEM	KANELA APANYEKRA DO ARAGUALA
04	NATHAN DA SILVA SANTOS	PRE II PA BRASIPAIVA	DE ORIGEM	KANELA APANYEKRA DO ARAGUALA
05	IZABELLA SILVA MALTA KANELA	2º ANO PA BRASIPAIVA	DE ORIGEM	KANELA DO ARAGUALA
06	PYIBERI JURUNA KAYAPO	3º ANO A	INDÍGENA	JURUNA KAYAPO
07	JOAO FELYPE BARROS CASTRO	3º ANO A	DE ORIGEM	KARAUA TAPIRAPÉ
08	PAMELA ISADORA BARROS CASTRO	3º ANO A	DE ORIGEM	KARAUA TAPIRAPÉ
09	ARRUDAI JURUNA	5º ANO PA BRASIPAIVA	INDÍGENA	JURUNA
10	NADAYAKI JURUNA	7º ANO PA BRASIPAIVA	INDÍGENA	JURUNA

Este documento foi assinado eletrônico e/ou digitalmente em conformidade com a MP 2.200-2/2001. Acesse <https://agilibue.agilicloud.com.br/portal/prefsantacruzdingu-mt-#/assinatura> e informe o código 5181333fa-8988-4f62-8492-6135b34e7560, ou leia o QRCode ao lado para validar as assinaturas.



Prefeitura Municipal de  
**SANTA CRUZ DO XINGU-MT**  
CNPJ: 04.178.518/0001-70



ANEXO II

Brasília, 24 de agosto de 2023.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO XINGU**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**  
**CRECHE MUNICIPAL IVO DA SILVA CARVALHO**  
RUA: Jandir Berté s/n Bairro: Centro  
E-mail:

**FICHA DE MATRÍCULA: 000355**

Dados do Aluno

Nome do Aluno: **SOPHIA ANAXYWI TAPIRAPE** INEP: **193798546680**  
 PIS/NIS: **21357624303** CNS(SUS): **704208272651586** Dt. Nasc.: **12/12/2020** Dt. Matric.: **05/01/2023** Sexo: ( ) Masc. (X) Fem.  
 Naturalidade / Estado: **CONFRESA** / **MT** Nacionalidade: **BRASIL** foto 3 x 4  
 Raça / Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Maior Responsável ou Emancipado ( ) Mora com os pais  
 ( ) Amarela (X) Indígena ( ) Não Declarado ( ) Transferência Eletrônica

Registro Civil

Nascimento/Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Data e Local da Emissão: \_\_\_\_\_  
 Casamento/Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Data e Local da Emissão: \_\_\_\_\_  
 Carteira de Identidade (R. G.): \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_  
 C.P.F.: **110.183.321-11** Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Necessidades Educacionais Especiais ( ) Recebe BPC

( ) Cegueira ( ) Baixa Visão ( ) Surdez ( ) Deficiente Auditivo ( ) Física ( ) Síndrome de Asperger ( ) Síndrome de Heller  
 ( ) Deficiência Intelectual ( ) Múltipla ( ) Altas Habilidades/Superdotado ( ) Surdocegueira ( ) Autismo ( ) Síndrome de Rett

Situação do Aluno no ano Anterior

Já estudou nesta Escola: (X) Sim ( ) Não  
 (X) Aprovado ( ) Reprovado ( ) Retido ( ) Desistente ( ) Não Frequentou ( ) Dependência

Disciplinas:  
 Cursou através de: ( ) Supletivo ( ) Ciclo ( ) Regular ( ) CBA ( ) EJA ( ) Aceleração

Dados da Matrícula

Escola: **CRECHE MUNICIPAL IVO DA SILVA CARVALHO**  
 Munic./UF: **SANTA CRUZ DO XINGU/MT** Ano Letivo: **2023** Nº Cham.: **10**  
 Etapa: **MATERNAL II** Turno: **MATUTINO**  
 Turma: **MATERNAL II IDALINA** Sit. Final: **CURSANDO**

Observações:

Utiliza Transporte Escolar? ( ) Sim (X) Não Bolsa Família? (X) Sim ( ) Não Optante pela Disciplina de Ensino Religioso? ( ) Sim ( ) Não  
 Autoriza uso de imagem? ( ) Sim ( ) Não  
 Linha: \_\_\_\_\_  
 Unidade Consumidora: \_\_\_\_\_

Dados dos Familiares: 000086

Filiação 1: **JULIANE KARAJÁ CASTRO**  
 Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Sem Escolaridade ( ) Ens. Fund. Inc. ( ) Ens. Fund. ( ) Ens. Médio Inc.  
 ( ) Ensino Médio ( ) Ens. Superior Inc. ( ) Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone 1: **(66)99253-8939** Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Filiação 2: **WUWELLITON WAREAPINI TAPIRAPE**  
 Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Sem Escolaridade ( ) Ens. Fund. Inc. ( ) Ens. Fund. ( ) Ens. Médio Inc.  
 ( ) Ensino Médio ( ) Ens. Superior Inc. ( ) Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone 1: \_\_\_\_\_ Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Responsável: **JULIANE KARAJÁ CASTRO** Grau de Parentesco: **MÃE**  
 Número: **S/N** Data de chegada: \_\_\_\_\_  
 Endereço: **RUA JANDIR BERTÉ** Fone 1: \_\_\_\_\_ Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **CENTRO** Complemento: **CASA**

Informação Anterior

Município: \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_ Santa Cruz do Xingu - MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pelo Aluno

LUCÉLIA FERREIRA LINDOLFO LINK  
DIRETORA

Este documento foi assinado eletrônico e/ou digitalmente em conformidade com a MP 2.200-2/2001. Acesse <https://agiliblue.agilicloud.com.br/porta1/prefsantacruzdingu-mt-#/assinatura> e informe o código 518133fa-8988-4f62-8492-6135b34e7560, ou leia o QRCode ao lado para validar as assinaturas.





Prefeitura Municipal de  
**SANTA CRUZ DO XINGU-MT**  
CNPJ: 04.178.518/0001-70



ANEXO III

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO XINGU**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**  
**CRECHE MUNICIPAL IVO DA SILVA CARVALHO**  
RUA: Jandir Berté s/n Bairro: Centro  
E-mail:

**FICHA DE MATRÍCULA: 000354**

Dados do Aluno

Nome do Aluno: **SARAH ANAXOWI TAPIRAPE**

PIS/NIS: **21357621789** CNS(SUS): **701808285231971** Dt. Nasc.: **12/12/2020** Dt. Matric.: **05/01/2023** INEP: **193798546508**

Naturalidade / Estado: **CONFRESA** / **MT** Nacionalidade: **BRASIL** Sexo: ( ) Masc. (X) Fem.

Raça / Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Maior Responsável ou Emancipado ( ) Mora com os pais  
( ) Amarela (X) Indígena ( ) Não Declarado ( ) Transferência Eletrônica

Registro Civil

Nascimento/Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Data e Local da Emissão: \_\_\_\_\_

Casamento/Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Data e Local da Emissão: \_\_\_\_\_

Carteira de Identidade (R. G.): \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_

C.P.F.: **110.182.981-85** Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Necessidades Educacionais Especiais ( ) Recebe BPC

( ) Cegueira ( ) Baixa Visão ( ) Surdez ( ) Deficiente Auditivo ( ) Física ( ) Síndrome de Asperger ( ) Síndrome de Heller  
( ) Deficiência Intelectual ( ) Multipla ( ) Altas Habilidades/Superdotado ( ) Surdocegueira ( ) Autismo ( ) Síndrome de Rett

Situação do Aluno no ano Anterior

Já estudou nesta Escola: (X) Sim ( ) Não  
(X) Aprovado ( ) Reprovado ( ) Retido ( ) Desistente ( ) Não Frequentou ( ) Dependência

Disciplinas:

Cursou através de: ( ) Supletivo ( ) Ciclo ( ) Regular ( ) CBA ( ) EJA ( ) Aceleração

Dados da Matrícula

Escola: **CRECHE MUNICIPAL IVO DA SILVA CARVALHO**  
Munic./UF: **SANTA CRUZ DO XINGU/MT** Ano Letivo: **2023** Nº Cham.: **09**  
Etapa: **MATERNAL II** Turno: **MATUTINO**  
Turma: **MATERNAL II IDALINA** Sit. Final: **CURSANDO**

Observações:

Utiliza Transporte Escolar? ( ) Sim (X) Não Bolsa Família? (X) Sim ( ) Não Optante pela Disciplina de Ensino Religioso? ( ) Sim ( ) Não  
Linha: \_\_\_\_\_ Autoriza uso de imagem? ( ) Sim ( ) Não

Unidade Consumidora:

Dados dos Familiares: 000086

Filiação 1: **JULIANE KARAJÁ CASTRO**

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Sem Escolaridade ( ) Ens. Fund. Inc. ( ) Ens. Fund. ( ) Ens. Médio Inc.  
( ) Ensino Médio ( ) Ens. Superior Inc. ( ) Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone 1: **(66)99253-8939** Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Filiação 2: **WUWELLITON WAREAPINI TAPIRAPE**

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Sem Escolaridade ( ) Ens. Fund. Inc. ( ) Ens. Fund. ( ) Ens. Médio Inc.  
( ) Ensino Médio ( ) Ens. Superior Inc. ( ) Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone 1: \_\_\_\_\_ Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Responsável: **JULIANE KARAJÁ CASTRO** Grau de Parentesco: **MÃE**  
Endereço: **RUA JANDIR BERTÉ** Número: **S/N** Data de chegada: \_\_\_\_\_  
Bairro: **CENTRO** Complemento: **CASA** Fone 1: **(66)99253-8939** Fone 2: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Informação Anterior

Município: \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_ Santa Cruz do Xingu - MT, / /

Assinatura do Responsável pelo Aluno

**LUCÉLIA FERREIRA LINDOLFO LIMA**  
DIRETORA

ROSILDA DIAS DOS SANTOS  
SECRETARIA

Valide este documento no site assdigital.omegasistemas.net.br

Este documento foi assinado eletrônico e/ou digitalmente em conformidade com a MP 2.200-2/2001. Acesse <https://agilblue.agilcloud.com.br/portal/prefsantacruzdingu-mt/#/assinatura> e informe o código 518133fa-8988-4f62-8492-6135b34e7560, ou leia o QRCode ao lado para validar as assinaturas.



ANEXO IV



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE MATO GROSSO  
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO XINGU

FILTROS: Data: 24/08/2023 | Unidade de saúde: Todas | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 1

Relatório de cadastro individual

Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	2
Saída de cidadãos do cadastro	1
<b>Total:</b>	<b>3</b>

Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	0
Feminino	2
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>2</b>

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	0	0	0	0
01 ano	0	0	0	0
02 anos	0	0	0	0
03 anos	0	0	0	0
04 anos	0	0	0	0
05 a 09 anos	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0
15 a 19 anos	0	0	0	0
20 a 24 anos	0	1	0	1
25 a 29 anos	0	0	0	0
30 a 34 anos	0	0	0	0
35 a 39 anos	0	0	0	0
40 a 44 anos	0	1	0	1

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	0
Preta	0
Amarela	0
Parda	0
Indígena	2
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>2</b>

Identificação do usuário / cidadão - Etnia

Descrição	Quantidade
JURUNA	1
Não informado	1
<b>Total:</b>	<b>2</b>

# Assinaturas

JORAILDES SOARES DE SOUZA (948.717.601-20)

Título: OFÍCIO

Assinatura: Eletrônica



Este documento foi assinado eletrônica e/ou digitalmente em conformidade com a MP 2.200-2/2001. Acesse <https://agilblue.agilcloud.com.br/portal/prefsantacruzingu-mt-#/assinatura> e informe o código 518133fa-8988-4f62-8492-6135b34e7560, ou leia o QRCode ao lado para validar as assinaturas.