

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

074916828-55

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

☐

1 - Inclusão

☒

2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

☒

1 - Fora do domicílio

☐

2 - Em domicílio

☐

3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

☒

0 - Principal

☒

2 - Avulso 2

☐

4 - Pessoa em situação de rua (FS2)

☒

1 - Avulso 1

☒

3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

☐

5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

03/08/2026

## Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)

JARI

1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)

TRAVERSA

1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)

DOUTOR

## 1.14 - Nome

YURI

## 1.15 - Número

0000000000000008C

## 1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)

## 1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

## 1.18 - CEP

61.916-570

## 1.19 - Unidade territorial local

## 1.20 - Referência para localização

MERCADINHO SAO FRANCISCO

## Entrevistador

## 1.21 - Nome

AURINETE SANTOS SILVA

## 1.22 - CPF

1049572394

## 1.23 - Observações

ATUALIZACAO PBF

## Características do domicílio

**2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

- ☒ 1 - Urbanas      ☐ 2 - Rurais

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

4

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

Cerâmica, lajota ou pedra

**2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**

- ☒ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?**

- ☒ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

É coletado diretamente

**2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**

- ☒ 1 - Total      ☐ 2 - Parcial  
☐ 3 - Não Existe

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

- ☒ 1 - Particular Permanente  
☐ 2 - Particular improvisado  
☐ 3 - Coletivo

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

1

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

**2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?**

Outra forma

**2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?**

Fossa rudimentar

**2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?**

Outra forma

Família

3.01 - A família é indígena?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

☐

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

1

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

Faixa etária

Quantidade

1

Criança(s) e adolescente(s)  
(de 0 a 17 anos)

☒

0 - Não tem

2

Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)

☒

0 - Não tem

3

Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

☒

0 - Não tem

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

|   | Tipo de despesa                | Valor                                |                                                 |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1 | Energia elétrica               | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto                  | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | <input type="text" value="R\$ 50"/>  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | <input type="text" value="R\$ 300"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular    | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

**3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:****3981509 - USF JOSE TEODOSIO****3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:****23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO****3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos**☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**3.14 - Família em risco para insegurança alimentar**

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**Identificação da pessoa****4.01 - Número de ordem****1****4.02 - Nome completo****ELISANGELA DO NASCIMENTO****4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)****14352647191****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****07/12/1991****4.07 - Relação de parentesco de ELISANGELA com a pessoa  
responsável pela unidade familiar - RF****Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****MARIA MIRIAN DO NASCIMENTO SILVA**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2**☒ 2 - Não sabe**4.11- Onde ELISANGELA nasceu?**

☐ 1 - Neste município ☒ 2 - Em outro município ☐ 3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado ELISANGELA nasceu?**

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ELISANGELA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ELISANGELA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ELISANGELA foi registrado em cartório de registro civil?

- ☒ 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
☐ 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento ☐ 3 - Não  
☐ 4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de ELISANGELA ?

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-ELISANGELA é pessoa trans ou travesti ?

- ☐ Sim, a pessoa é trans ☐ Sim, a pessoa é travesti ☐ Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de ELISANGELA?

- ☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- ☒ 1 - Nascimento ☐ 2 - Casamento  
☐ 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

CAVALCANTI FILHO

21/02/1992

3 - Número do livro

A100

4 - Número da folha

37

5 - Número do termo/RANI

00118533

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

5419234394

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2008012012064

2 - Complemento

3 - Data da emissão

30/12/2022

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2496700

2 - Série

3

3 - Data da emissão

19/08/2009

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

74312740701

2 - Zona

83

3 - Seção

700

## Pessoa com deficiência

**6.01 - ELISANGELA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que ELISANGELA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

**6.03 - Em função dessa deficiência ELISANGELA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - ELISANGELA sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**7.02 - ELISANGELA frequenta escola ou creche?**

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ELISANGELA frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ELISANGELA frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que ELISANGELA frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ELISANGELA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clá:

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

Terceiro(a)

7.11 - ELISANGELA concluiu esse curso que frequentou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

8.01 - Na semana passada ELISANGELA trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.02 - Na semana passada ELISANGELA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que ELISANGELA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ELISANGELA era:

8.05 - No mês passado ELISANGELA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

☒

0 - Não recebeu

8.06 - ELISANGELA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

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

8.09 - Quanto ELISANGELA recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda

Valor

1

Ajuda/doação regular de não morador

☒

0 - Não recebeu

2

Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS

☒

0 - Não recebeu

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 3 | Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

|                                      |                                 |                                        |                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tipo                                 | DDD                             | Número                                 | Autoriza recebimento de mensagem                                          |
| <input type="text" value="Celular"/> | <input type="text" value="85"/> | <input type="text" value="981286120"/> | <input checked="" type="radio"/> 1 - Sim<br><input type="radio"/> 2 - Não |

b) Telefone secundário

|                                      |                      |                      |                                                                           |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tipo                                 | DDD                  | Número               | Autoriza recebimento de mensagem                                          |
| <input type="text" value="Não tem"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> 1 - Sim<br><input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

c) Email

|                                      |                      |                                |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Tipo                                 | Email                | Autoriza recebimento de E-mail |
| <input type="text" value="Não tem"/> | <input type="text"/> |                                |

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

**9.02 - Documentos**

| Nome              | Tipo | Tamanho |
|-------------------|------|---------|
| FRENTE E VERSO RG | .pdf | 58 KB   |
| TERMO DE RESP     | .pdf | 74 KB   |

**Marcação livre para o município****10.01 - Há trabalho infantil na família?**

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

**10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil****Vinculação a programas e serviços****1.01 - Código familiar**

074916828-55

**1.02 - UF**

CE

**1.03 - Município**

MARACANAU

**1.04 - Distrito****1.05 - Subdistrito****1.06 - Setor censitário****1.07 - Modalidade da operação**

- ☐ 1 - Inclusão
- ☒ 2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

- ☒ 1 - Fora do domicílio
- ☐ 2 - Em domicílio
- ☐ 3 - Impossibilidade em domicílio

**1.10 - Data da entrevista**

03/08/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

AURINETE SANTOS SILVA

1.12 - CPF

1049572394

1.13 - Observações

ATUALIZACAO PBF

## Vinculação a programas e serviços

**2.01 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.**

Este quesito admite múltipla marcação.

- |                                                                                     |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos                                          |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva                                                                |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)                                                        |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum                                                                                                   |

**2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?**

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- ☐ 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- ☐ 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- ☐ 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- ☒ 4 - Nenhum

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

a) Nº de ordem da pessoa

b) Código da unidade consumidora

**2.05 -Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF                      | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                         | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)                                             |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                                   |                                                                                                                                              |

- ☐ 22 - Projetos de inclusão produtiva
- ☐ 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI
- ☒ 24 - Nenhum

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

**2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?**

**0 - Nenhuma**