## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar**

066915724-40

**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**

- [x] 0 - Principal
- [ ] 1 - Avulso 1
- [ ] 2 - Avulso 2
- [x] 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)
- [ ] 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)
- [ ] 5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da entrevista**

19/10/2026

## Endereço da família

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

MUCUNA

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

RUA

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

**1.14 - Nome**

**1.15 - Número**

FROTA

100

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

61.914-380

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

AURINETE SANTOS SILVA

1.22 - CPF

1049572394

1.23 - Observações

TRANSFERENCIOA DE MUNICIPIO SEM RENDA VIVE NA CASA DE RECUPERACAO

## Características do domicílio

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

- (•) 1 - Urbanas
- ( ) 2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

- ( ) 1 - Particular Permanente
- ( ) 2 - Particular improvisado

- [x] 3 - Coletivo

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

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

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

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

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

- [ ] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

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

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

- [ ] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

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

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

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

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

- [ ] 1 - Total
- [ ] 2 - Parcial
- [ ] 3 - Não Existe

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

- [ ] 1 - Sim
- [x] 2 - Não

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

**3.03 - A família reside em terra ou reserva**

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

**indígena?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

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?**

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

(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 | | 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto | | 0 - Não tem |

| | Tipo de despesa | Valor | |
|---|---|---|---|
| 3 | Gás, carvão e lenha | | ☑ 0 - Não tem |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | | ☑ 0 - Não tem |
| 5 | Transporte | | ☑ 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel | | ☑ 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular | | ☑ 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:**

2372118 - UBS FRANCISCA FATIMA DA ROCHA FREITAS

**3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:**

23076506676 - CRAS MUCUNA

**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**

JOSE ARIMAR DAS CHAGAS

**4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)**

**4.04 - Apelido/Nome social**

12770262191

4.05 - Sexo

- [x] 1 - Masculino
- [ ] 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/03/1968

4.07 - Relação de parentesco de JOSE 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 DO LIVRAMENTO DE PAULA DAS CHAGAS

- [ ] 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO RAIMUNDO DAS CHAGAS

- [ ] 2 - Não sabe

4.11- Onde JOSE nasceu?

- [ ] 1 - Neste município
- [x] 2 - Em outro município
- [ ] 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado JOSE nasceu?

CEARA

- [ ] 2 - Não sabe

4.13 - Em que município JOSE nasceu?

GRANJA

- [ ] 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JOSE nasceu?

- [ ] 2 - Não sabe

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

- [x] 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 JOSE ?

1 - Sim  2 - Não

**4.17-JOSE 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 JOSE?**

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**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

**8 - Município de registro**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

51435713320

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

| 1 - Número | 2 -Complemento | 3 - Data da emissão |
|---|---|---|
| 000000020000100645 | | 11/08/2016 |

| 4 - Estado emissor | 5 - Sigla do órgão emissor |
|---|---|
| CEARA | SSP |

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social**

| 1 - Número | 2 - Série | 3 - Data da emissão |
|---|---|---|
| 51756 | 44 | 17/11/1997 |

| 4 - Estado emissor |
|---|
| CEARA |

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV**

| 1 - Número | 2 - Zona | 3 - Seção |
|---|---|---|
| 13669660744 | 120 | 68 |

## Pessoa com deficiência

**6.01 - JOSE 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 JOSE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- [ ] 1 - Cegueira
- [x] 2 - Baixa visão
- [ ] 3 - Surdez severa/profunda
- [ ] 4 - Surdez leve/moderada
- [ ] 5 - Deficiência física
- [ ] 6 - Deficiência mental ou intelectual
- [ ] 7 - Síndrome de Down
- [ ] 8 - Transtorno/doença mental

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

- [x] 1 - Não
- [ ] 2 - Sim, de alguém da família
- [ ] 3 - Sim, de cuidador especializado
- [ ] 4 - Sim, de vizinho
- [ ] 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- [ ] 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

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

- (•) 1 - Sim
- ( ) 2 - Não

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

Não, já frequentou

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que JOSE 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 JOSE frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que JOSE frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Gina:

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

Quinto(a)

**7.11 - JOSE concluiu esse curso que frequentou?**

- ○ 1 - Sim
- ◉ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada JOSE trabalhou?**

- ○ 1 - Sim
- ◉ 2 - Não

**8.02 - Na semana passada JOSE 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 JOSE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

- ○ 1 - Sim
- ○ 2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal JOSE era:**

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

- ☑ 0 - Não recebeu

**8.06 - JOSE 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 JOSE nesse período?**

**8.09 - Quanto JOSE 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 |
| 3 | Seguro-desemprego | | ☑ 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia | | ☑ 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | | ☑ 0 - Não recebeu |

## Responsável pela família

**9.01 - Contato(s)**

**a) Telefone primário**

| Tipo | DDD | Número | Autoriza recebimento de mensagem |
|---|---|---|---|
| Celular | 85 | 985435890 | |

- [x] 1 - Sim
- [ ] 2 - Não

**b) Telefone secundário**

| Tipo | DDD | Número | Autoriza recebimento de mensagem |
|---|---|---|---|
| Não tem | | | 1 - Sim<br>2 - Não |

**c) Email**

| Tipo | Email | Autoriza recebimento de E-mail |
|---|---|---|
| Não tem | | 1 - Sim<br>2 - Não |

**9.02 - Documentos**

| Nome | Tipo | Tamanho |
|---|---|---|
| CTPS JOSE ARIMAR DAS CHAGAS 51435713320 | .pdf | 67 KB |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE JOSE ARIMAR DAS CHAGAS 51435713320 | .pdf | 53 KB |

## Marcação livre para o município

**10.01 - Há trabalho infantil na família?**

- [ ] 1 - Sim
- [x] 2 - Não

**10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil**

## Vinculação a programas e serviços

**1.01 - Código familiar** **1.02 - UF** **1.03 - Município**

066915724-40

CE

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**

19/10/2026

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

AURINETE SANTOS SILVA

**1.12 - CPF**

1049572394

**1.13 - Observações**

TRANSFERENCIOA DE MUNICIPIO SEM RENDA VIVE NA CASA DE RECUPERACAO

## 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.

- ☐ 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
- ☐ 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
- ☐ 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
- ☐ 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- ☐ 5 - Recebe cesta básica
- ☐ 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- ☐ 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos
- ☐ 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva
- ☐ 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)

- [ ] 6 - Faz refeição em restaurante popular
- [ ] 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- [ ] 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- [ ] 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- [x] 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
- [x] 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.**

- [ ] 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente
- [ ] 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso
- [ ] 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF
- [ ] 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família
- [ ] 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos
- [ ] 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência
- [ ] 7 - Abrigo para crianças e adolescentes
- [ ] 8 - Abrigo para pessoas idosas
- [ ] 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias
- [ ] 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- [ ] 13 - ProJovem Campo
- [ ] 14 - ProJovem Trabalhador
- [ ] 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência
- [ ] 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias
- [ ] 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida
- [ ] 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade
- [ ] 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias

- [ ] 11 - ProJovem Adolescente
- [ ] 12 - ProJovem Urbano
- [ ] 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)
- [ ] 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência
- [ ] 22 - Projetos de inclusão produtiva
- [ ] 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI
- [x] 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**