

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

001825541-80

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

25/06/2026

Endereço da família

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

ACARACUZINHO

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

AVENIDA

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

LATERAL SUL**0000000000001050****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****61.920-710****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****PROXIMO IGREJA DE CRISTO****Entrevistador****1.21 - Nome****MARIA DO SOCORRO SOUZA PEREIRA****1.22 - CPF****49205900320****1.23 - Observações****REVISAO CADASTRAL 2026 PUBLICO 5 RECEBE BOLSA FAMILIA TEM PASE
LIVRE MUNICIPAL****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?

5

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?

Rede geral de distribuição

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?

Elétrica com medidor próprio

Família

3.01 - A família é indígena?

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

- 1 - Sim
 2 - Não

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?

(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)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

Tipo de despesa	Valor

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	R\$ 170	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 125	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 55	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 200	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular		<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:

6900704 - USF MARIA HELENY MATOS BRANDAO

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

23076534641 - CRAS ACARACUZINHO

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

ROZINEIDE DA SILVA OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

12591436195

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/11/1964

4.07 - Relação de parentesco de ROZINEIDE com a pessoa
responsável pela unidade familiar - RF

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

ROSA MAIA DA SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

WALDEMAR MACIEL DA SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde ROZINEIDE nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado ROZINEIDE nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ROZINEIDE nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ROZINEIDE nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ROZINEIDE 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 ROZINEIDE ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-ROZINEIDE 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 ROZINEIDE?

- 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****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção**

Pessoa com deficiência

6.01 - ROZINEIDE 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 ROZINEIDE 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 ROZINEIDE 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 - ROZINEIDE sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - ROZINEIDE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ROZINEIDE 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 ROZINEIDE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que ROZINEIDE frequenta?****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ROZINEIDE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginas)****7.10 - Qual foi o último ano/série que ROZINEIDE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?****Quinto(a)****7.11 - ROZINEIDE concluiu esse curso que frequentou?** 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ROZINEIDE trabalhou? 1 - Sim 2 - Não**8.02 - Na semana passada ROZINEIDE 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 ROZINEIDE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ROZINEIDE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ROZINEIDE 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 ROZINEIDE nesse período?

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

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

NATALIA DA SILVA DOS SANTOS

4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)

16567499940

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

03/05/1984

4.07 - Relação de parentesco de NATALIA com a pessoa responsável
pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

ROZINEIDE DA SILVA OLIVEIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ERIVALDO OLIVEIRA CARNEIRO

2 - Não sabe

4.11- Onde NATALIA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado NATALIA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município NATALIA nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro NATALIA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de NATALIA 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 NATALIA ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-NATALIA 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 NATALIA?

- 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****1299558330****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****000000020030101747****2 - Complemento****3 - Data da emissão****30/11/2021****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****5231691****2 - Série****10****3 - Data da emissão****12/05/2003****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****57085360760****2 - Zona****122****3 - Seção****72**

Pessoa com deficiência

6.01 - NATALIA 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 NATALIA 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 NATALIA 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 - NATALIA sabe ler e escrever?

1 - Sim 2 - Não

7.02 - NATALIA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

Ensino Fundamental regular (duração 8

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

Oitavo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - NATALIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada NATALIA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal NATALIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - NATALIA 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 NATALIA nesse período?

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

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco de PATRICIA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde PATRICIA nasceu?**

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

4.12 - Em que estado PATRICIA nasceu? 2 - Não sabe**4.13 - Em que município PATRICIA nasceu?** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro PATRICIA nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de PATRICIA 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 PATRICIA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-PATRICIA 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 PATRICIA?

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**

ALENCAR ARARIPE

2 - Data do registro

25/03/1986

3 - Número do livro

A71

4 - Número da folha

298

5 - Número do termo/RANI

00081851

6 - Matrícula**7 - Estado de registro**

CEARA

8 - Município de registro**5.02 - Número de inscrição do CPF**

4184512305

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2004009228750

2 - Complemento

3 - Data da emissão

23/11/2017

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

7752926

2 - Série

10

3 - Data da emissão

25/11/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

57046000701

2 - Zona

122

3 - Seção

62

Pessoa com deficiência

6.01 - PATRICIA 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 PATRICIA 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 PATRICIA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito

admite múltipla marcação)

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 - PATRICIA sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

7.02 - PATRICIA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - PATRICIA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada PATRICIA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PATRICIA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - PATRICIA 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 PATRICIA nesse período?

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

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16538663886

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/09/1988

4.07 - Relação de parentesco de PRISCILA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parada

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

ROZINEIDE DA SILVA OLIVIERA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ERIVALDO OLIVEIRA CARNEIRO

2 - Não sabe

4.11- Onde PRISCILA nasceu?

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

4.12 - Em que estado PRISCILA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município PRISCILA nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro PRISCILA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de PRISCILA 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 PRISCILA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-PRISCILA 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 PRISCILA?

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

JEREISSATI

2 - Data do registro

22/09/1988

3 - Número do livro

A81

4 - Número da folha

297

5 - Número do termo/RANI

00096319

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - PRISCILA 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 PRISCILA tem? (Este quesito admite múltipla marcação) 1 - Cegueira 5 - Deficiência física 2 - Baixa visão 6 - Deficiência mental ou intelectual

3 - Surdez severa/profunda 7 - Síndrome de Down 4 - Surdez leve/moderada 8 - Transtorno/doença mental

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

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

Escolaridade

7.01 - PRISCILA sabe ler e escrever?

 1 - Sim 2 - Não

7.02 - PRISCILA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

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

Ensino Fundamental regular (duração 8**Sétimo(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - PRISCILA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada PRISCILA trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PRISCILA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - PRISCILA 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 PRISCILA nesse período?

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

	Fontes de renda	Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

994354862

Autoriza recebimento de mensagem

 1 - Sim 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Não declarado

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

 1 - Sim 2 - Não

c) Email

Tipo

Não declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

 1 - Sim 2 - Não

9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
RGROZINEIDEDASILVAOLIVEIRA72571020315	.pdf	295 KB
TERMO DE RESP ROZINEIDE DA SILVA OLIVEIRA 72571020315	.pdf	302 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

001825541-80

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

25/06/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA DO SOCORRO SOUZA PEREIRA

1.12 - CPF

49205900320

1.13 - Observações

REVISAO CADASTRAL 2026 PUBLICO 5 RECEBE BOLSA FAMILIA TEM PASE LIVRE MUNICIPAL

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
- 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- 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) N° 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"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência) |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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