

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

051310447-07

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

1.09 - 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

05/03/2026

Endereço da família

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

PAJUCARA

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

RUA

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

SAO

1.14 - Nome

1.15 - Número

SEBASTIAO**273****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****61.932-250****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****CRAS PAJUCARA**

Entrevistador

1.21 - Nome**SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações****TRANSPFERENCIA DE CAUCAIA UNIPESSOAL RF BENEFICIARIO BPC 87 PASSOU PELO ATENDIMENTO PAIF TECNICA SIMONE FURTADO FOI APRESENTADO SOMENTE CPF PESSOA EM SITUACAO DE RUA EM ANEXO CARTIRA DE ACESSO A SEGURANCA ALIMENTAR**

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	
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	<input checked="" 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:

2372282 - USF JOAO BATISTA DOS SANTOS

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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

EVERTON BRUNO VIEIRA BARBOSA

4.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)

16131639583

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/02/1996

4.07 - Relação de parentesco de EVERTON 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)

FABRICIA ANGELO VIEIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO EDGIL ARAUJO BARBOSA

2 - Não sabe

4.11- Onde EVERTON nasceu?



1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

4.12 - Em que estado EVERTON nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município EVERTON nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EVERTON nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EVERTON 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 EVERTON ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-EVERTON 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 EVERTON?

- 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****CARTORIO JAIME ARARIPE REGISTRO CIVIL DAS PESSO****2 - Data do registro****05/06/1996****3 - Número do livro****A168****4 - Número da folha****228****5 - Número do termo/RANI****197974****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA**

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 - EVERTON 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 EVERTON tem? (Este quesito admite múltipla marcação)



1 - Cegueira



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 checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

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

- | | |
|---|--|
| <input checked="" 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 - EVERTON sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - EVERTON frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental (duração 9 anos)

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

Nono(a)

7.11 - EVERTON concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada EVERTON trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal EVERTON era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - EVERTON 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 EVERTON nesse período?

8.09 - Quanto EVERTON 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	R\$ 1.621	<input 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

Pessoa em situação de rua

1.01 - Código familiar

051310447-07

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 - Sim 2 - Não

1.10 - Data da entrevista

Entrevistador

1.11 - Nome

1.12 - CPF

1.13 - Observações

**TRANSPERENCIA DE CAUCAIA UNIPESSOAL RF BENEFICIARIO BPC 87
PASSOU PELO ATENDIMENTO PAIF TECNICA SIMONE FURTADO FOI
APRESENTADO SOMENTE CPF PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA EM ANEXO
CARTIRA DE ACESSO A SEGURANCA ALIMENTAR**

Identificação da pessoa em situação de rua

2.01 - Número de ordem

2.02 - Nome completo

2.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)

2.04 - Onde EVERTON costuma dormir?

- 1 - Rua - Quantas vezes por semana?
 3 - Domicílio particular - Quantas vezes por semana?

- 2 - Albergue - Quantas vezes por semana?
- 4 - Outro - Quantas vezes por semana?

2.05 - Há quanto tempo EVERTON vive na rua?

Até seis meses

2.06 - Quais os principais motivos pelos quais EVERTON passou a morar na rua/albergue/outro?

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Perda de moradia
- 2 - Ameaça/violência
- 3 - Problemas com familiares/companheiro(a)
- 4 - Alcoolismo/drogas
- 5 - Desemprego
- 6 - Trabalho
- 7 - Tratamento de saúde
- 8 - Preferência/opção própria
- 9 - Outro
- 10 - Não sabe/não lembra
- 11 - Não respondeu

2.07 - Há quanto tempo EVERTON mora nesta cidade?

Até seis meses

2.08 - Vive com sua família na rua?

- 1 - Sim 2 - Não

2.08 - Vive com sua família na rua?

- 1 - Sim 2 - Não

2.09 - EVERTON tem contato com parente que viva fora da rua?

Todo dia

2.10 - Nos últimos 6 meses EVERTON frequentou ou participou de alguma atividade comunitária?

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Escola
- 2 - Associação
- 3 - Cooperativa
- 4 - Movimento social
- 5 - Não sabe/não lembra
- 6 - Não respondeu

2.11 - Nos últimos 6 meses EVERTON foi atendido em algum dos lugares listados abaixo?

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Centro de Referência da Assistência Social - CRAS
- 2 - Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS
- 3 - Centro de Referência para população em situação de rua

- 4 - Instituição de acolhimento governamental (albergue/abrigo/outro)
- 5 - Instituição de acolhimento não-governamental (instituição beneficente privada/outro)
- 6 - Hospital/clínica geral
- 7 - Nenhum

2.12 - Alguma vez EVERTON teve emprego com carteira de trabalho assinada?

Sim

2.13 - O que EVERTON faz para ganhar dinheiro?

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Construção civil
- 2 - Guardador de carro/flanelinha
- 3 - Carregador/estivador
- 4 - Catador de material reciclável
- 5 - Serviços gerais/limpeza /outro
- 6 - Pede dinheiro
- 7 - Vendas
- 8 - Outro
- 9 - Não respondeu

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

Recado

DDD

85

Número

997810873

Autoriza recebimento de mensagem

- 1 - Sim
- 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Não tem

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

- 1 - Sim
- 2 - Não

c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

- 1 - Sim
 2 - Não

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

051310447-07

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

05/03/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.12 - CPF

66199700368

1.13 - Observações

**TRANFERENCIA DE CAUCAIA UNIPESSOAL RF BENEFICIARIO BPC 87
PASSOU PELO ATENDIMENTO PAIF TECNICA SIMONE FURTADO FOI
APRESENTADO SOMENTE CPF PESSOA EM SITUACAO DE RUA EM ANEXO
CARTIRA DE ACESSO A SEGURANCA ALIMENTAR**

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) 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 checked="" 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 checked="" 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"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano | <input 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