

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

052695656-92

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

1 - Avulso 1

2 - Avulso 2

3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

4 - Pessoa em situação de rua (FS2)

5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da entrevista**

**26/05/2026**

**Endereço da família**

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

**JEREISSATI I**

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

**AVENIDA**

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

**1.14 - Nome**

**X**

**1.15 - Número**

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

SN

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

1.18 - CEP

61.901-210

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.22 - CPF

79350852349

## 1.23 - Observações

**MORADOR DE RUA CENTRO POP RECEBE O BF**

## Família

3.01 - A família é indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

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 |

**Faixa etária****Quantidade**

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

3 Gás, carvão e lenha



0 - Não tem

4 Alimentação, higiene e limpeza

R\$ 100



0 - Não tem

|   | <b>Tipo de despesa</b>      | <b>Valor</b>         |   |
|---|-----------------------------|----------------------|---|
| 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:**

**2372266 - USF ELIAS BOUTALA SALOMAO**

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

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

**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

ANGELITA RODRIGUES DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

12047367702

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

07/09/1951

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

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

4.08 - Cor ou raça

**Branca**

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

**MARA HILDA RODRIGUES**

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**JOSE MARIANO DA SILVA**

2 - Não sabe

4.11- Onde ANGELITA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado ANGELITA nasceu?

**CEARA**

2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANGELITA nasceu?

**BOA VIAGEM**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro ANGELITA nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ANGELITA 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 ANGELITA ?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**4.17-ANGELITA 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 ANGELITA?**

- 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

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

3591540795

2 - Zona

104

3 - Seção

213

Pessoa com deficiência

6.01 - ANGELITA 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 ANGELITA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- 1 - Cegueira  5 - Deficiência física  
 2 - Baixa visão  6 - Deficiência mental ou intelectual

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência ANGELITA 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 - ANGELITA sabe ler e escrever?**

1 - Sim

2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

**Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou**

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

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

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

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

0 - Não recebeu

**8.06 - ANGELITA 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 ANGELITA nesse período?**

**8.09 - Quanto ANGELITA recebe, normalmente, por mês de:**

|   | <b>Fontes de renda</b>   | <b>Valor</b>                         |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| 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" value="R\$ 954"/> | <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

052695656-92

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

26/05/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

1.12 - CPF

**MARIA EDIGLEUMA ARAUJO**

**793.508.523-49**

**1.13 - Observações**

**MORADOR DE RUA CENTRO POP RECEBE O BF**

**Identificação da pessoa em situação de rua**

**2.01 - Número de ordem**

**1**

**2.02 - Nome completo**

**ANGELITA RODRIGUES DA SILVA**

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

**120.47367.70.2**

**2.04 - Onde ANGELITA 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 ANGELITA vive na rua?**

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

Este quesito admite múltipla marcação.

1 - Perda de moradia

7 - Tratamento de saúde

2 - Ameaça/violência

8 - Preferência/opção própria

3 - Problemas com familiares/companheiro(a)

9 - Outro

4 - Alcoolismo/drogas

10 - Não sabe/não lembra

5 - Desemprego

11 - Não respondeu

6 - Trabalho

**2.07 - Há quanto tempo ANGELITA mora nesta cidade?**

**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 - ANGELITA tem contato com parente que viva fora da rua?**

**2.10 - Nos últimos 6 meses ANGELITA 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 ANGELITA 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 ANGELITA teve emprego com carteira de trabalho assinada?**

**2.13 - O que ANGELITA faz para ganhar dinheiro?**

Este quesito admite múltipla marcação.

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

JOSE JOHNNY SARAIVA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16292372422

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

15/06/2002

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)

EDNA ROCHA SARAIVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde JOSE nasceu?

1 - Neste município

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?

CAUCAIA

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?

- 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

**BRITO RAMOS**

2 - Data do registro

**24/03/2003**

3 - Número do livro

**A077**

4 - Número da folha

**162**

5 - Número do termo/RANI

**00073400**

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**FORTALEZA**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**9047411331**

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

1 - Número

20086428980

2 - Complemento

3 - Data da emissão

28/12/2022

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

1471898

2 - Série

60

3 - Data da emissão

21/09/2018

4 - Estado emissor

CEARA

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

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## 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)**

- |   |  |
|---|--|
| <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 JOSE 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 |

3 - Sim, de cuidador especializado

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 (duração 9 anos)**

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

**Nono(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

**Fontes de renda****Valor**

|   |  |                      |   |
|---|--|----------------------|---|
| 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 |

**Pessoa em situação de rua**

1.01 - Código familiar

1.02 - UF

1.03 - Município

052695656-92

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 - Sim  2 - Não

1.10 - Data da entrevista

26/05/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.12 - CPF

793.508.523-49

1.13 - Observações

## MORADOR DE RUA CENTRO POP RECEBE O BF

### Identificação da pessoa em situação de rua

2.01 - Número de ordem

1

2.02 - Nome completo

ANGELITA RODRIGUES DA SILVA

2.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

120.47367.70.2

2.04 - Onde JOSE costuma dormir?



1 - Rua - Quantas  
vezes por  
semana?

7



3 - Domicílio  
particular -  
Quantas vezes por  
semana?

2 - Albergue -  
Quantas vezes por  
semana?

4 - Outro -  
Quantas vezes por  
semana?

**2.05 - Há quanto tempo JOSE vive na rua?**

**Entre seis meses e um ano**

**2.06 - Quais os principais motivos pelos quais JOSE 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 JOSE mora nesta cidade?**

**Entre seis meses e um ano**

**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 - JOSE tem contato com parente que viva fora da rua?**

Todo mês

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

Este quesito admite múltipla marcação.

1 - Escola



4 - Movimento social

2 - Associação

5 - Não sabe/não lembra

3 - Cooperativa

6 - Não respondeu

**2.11 - Nos últimos 6 meses JOSE 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 JOSE teve emprego com carteira de trabalho assinada?**

**Não**

**2.13 - O que JOSE 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 | DDD | Número | Autoriza recebimento de mensagem |
|------|-----|--------|----------------------------------|
|------|-----|--------|----------------------------------|

Celular

85

992272842

1 - Sim

2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

988956606

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

052695656-92

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Inclusão  
 2 - Alteração

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

1.10 - Data da entrevista

26/05/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.12 - CPF

79350852349

## 1.13 - Observações

**MORADOR DE RUA CENTRO POP RECEBE O BF**

## 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 checked="" type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular         |   |
| <input type="checkbox"/> 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
- 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"/> 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 Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**306 - Família de Catadores de Material Reciclável**