

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

086334847-57

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

11/08/2026

## Endereço da família

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

JEREISSATI I

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

RUA

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

1.14 - Nome

32

1.15 - Número

00000000000000176

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

A

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

1.18 - CEP

61.900-580

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

FRANCISCO SERGIO MAGALHAES MATOS

1.22 - CPF

3367844306

1.23 - Observações

## ATUALIZACAO BPC DEFICIENTE

### 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  
☐ 3 - Coletivo

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

3

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

1

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

Cimento

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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?

Rede geral de distribuição

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?

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

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

É coletado diretamente

Elétrica com medidor próprio

**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  
☒ 2 - Não

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

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

- ☐ 1 - Sim  
☐ 2 - Não

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

☐ 2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

- ☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

☐ 2 - Não consta no município

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

1

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

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

1

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

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

| Faixa etária |                                              | Quantidade           |                                                 |
|--------------|----------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 1            | Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos) | <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" value="R\$ 70"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | <input type="text" value="R\$ 87"/> | <input 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" value="R\$ 50"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     | <input type="text"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | <input type="text"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

|   | Tipo de despesa             | Valor                |                                                 |
|---|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 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:

23076538444 - CRAS TIMBO

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

FRANCISCO EDIVANDO DE BRITO

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

21404191838

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

☒ 1 - Masculino

☐ 2 - Feminino

10/11/1969

4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCO 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 ODETE DE BRITO

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE FELIPE DE BRITO

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde FRANCISCO nasceu?

☐ 1 - Neste município

☒ 2 - Em outro município

☐ 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado FRANCISCO nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município FRANCISCO nasceu?

QUIXERAMOBIM

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FRANCISCO nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FRANCISCO 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 FRANCISCO ?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

4.17-FRANCISCO 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 FRANCISCO?

☐ 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

41083733320

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2000002117321

2 -Complemento

3 - Data da emissão

21/11/2012

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

35813700795

2 - Zona

104

3 - Seção

106

Pessoa com deficiência

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

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input checked="" 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 FRANCISCO 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 - FRANCISCO sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, C

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

Terceiro(a)

7.11 - FRANCISCO concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCO trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCO era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - FRANCISCO 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 FRANCISCO nesse período?

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

|   | Fontes de renda                                        | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                    | <div></div>          | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <div>R\$ 1.621</div> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |

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

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

**Responsável pela família****9.01 - Contato(s)****a) Telefone primário**

|                                      |                                 |                                        |                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo</b>                          | <b>DDD</b>                      | <b>Número</b>                          | <b>Autoriza recebimento de mensagem</b>                                   |
| <input type="text" value="Celular"/> | <input type="text" value="85"/> | <input type="text" value="996635320"/> | <input type="radio"/> 1 - Sim<br><input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

**b) Telefone secundário**

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

**c) Email**

|             |              |                                       |
|-------------|--------------|---------------------------------------|
| <b>Tipo</b> | <b>Email</b> | <b>Autoriza recebimento de E-mail</b> |
|-------------|--------------|---------------------------------------|

Não tem

☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

## 9.02 - Documentos

| Nome                             | Tipo | Tamanho |
|----------------------------------|------|---------|
| FRANCISCO EDIVANDO RG            | .pdf | 165 KB  |
| FRANCISCO EDIVANDO TERMO<br>RESP | .pdf | 257 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

086334847-57

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

11/08/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

FRANCISCO SERGIO MAGALHAES MATOS

1.12 - CPF

3367844306

1.13 - Observações

ATUALIZACAO BPC DEFICIENTE

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)

- |                                                                             |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS) |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária            | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS   |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> 14 - Nenhum                                                       |

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

- ☐ 1 - Sim      ☒ 2 - Não

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

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

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

**a) Nº de ordem da pessoa**

**b) Código da unidade consumidora**

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

- |                                                                                                 |                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input 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"/> 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 type="checkbox"/> 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?**

**0 - Nenhuma**