

Identificação e controle

1.01 - Código familiar**062350595-90****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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

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**15/12/2025**

Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)**INDUSTRIAL****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)**

AVENIDA

1.14 - Nome

CONTORNO NORTE

1.15 - Número

0000000000000001

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

61.925-315

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

LAGOA DO MINGAU

Entrevistador

1.21 - Nome

SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.22 - CPF

66199700368

1.23 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL UNIPESSOAL FAMILIA BENEFICIARIA BPC IDOSO EM ANEXO TERMO DE RESPONSABILIDADE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO

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?

4

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

2.02 - 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?

Poço ou nascente

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:

É coletado diretamente

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

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="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input 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\$ 162	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 50	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 500	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
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:

2372053 - USF SENADOR FERNANDES TAVORA

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

JUCINEIDE FREITAS DE OLIVEIRA

**4.03 - Identificação (NIS/
PIS/PASEP)****16186281958****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**30/10/1955****4.07 - Relação de parentesco de JUCINEIDE 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)****FRANCISCA DE OLIVEIRA FREITAS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE MIRTIL DE FREITAS** 2 - Não sabe**4.11- Onde JUCINEIDE nasceu?**

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

4.12 - Em que estado JUCINEIDE nasceu?**CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município JUCINEIDE nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JUCINEIDE nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de JUCINEIDE 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

4 - Não sabe

3 - Não

4.16- Deseja informar o gênero de JUCINEIDE ?

1 - Sim

2 - Não

4.17-JUCINEIDE 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 JUCINEIDE?

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 Índigena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório**CYSNE****2 - Data do registro****25/03/1977****3 - Número do livro****B05****4 - Número da folha****467****5 - Número do termo/RANI****00003002****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição
do CPF****71076301304****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****94002586973****2 - Complemento****3 - Data da emissão****02/07/2021****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****3399380795****2 - Zona****122****3 - Seção****95****Pessoa com deficiência**

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

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

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

1 - Não

2 - Sim, de alguém da família

4 - Sim, de vizinho

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

3 - Sim, de cuidador especializado

6 - Sim, de outra forma

Escolaridade

7.01 - JUCINEIDE sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

7.02 - JUCINEIDE frequenta escola ou creche?**Não, já frequentou****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que JUCINEIDE 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 JUCINEIDE frequenta

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que JUCINEIDE 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 JUCINEIDE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Terceiro(a)

7.11 - JUCINEIDE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JUCINEIDE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não**8.04 - Nesse trabalho principal JUCINEIDE era:****8.05 - No mês passado JUCINEIDE recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

8.06 - JUCINEIDE 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 JUCINEIDE nesse período?****8.09 - Quanto JUCINEIDE 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\$ 1.518	<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

Fontes de renda	Valor
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

JOSE GOMES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/
PIS/PASEP)

10851014787

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

03/08/1952

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

Cônjugue ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça**Preta****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****ROSA SABINO DE OLIVEIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****GERALDO GOMES DE OLIVEIRA** 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?****FORTALEZA** 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****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****13534700325****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****000000000000007****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****13038****2 - Série****615****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****28657810701****2 - Zona****987****3 - Seção****987**

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 |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 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 5^a a 8^a séries, Médio 1º ciclo

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

Oitavo(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	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	R\$ 1.567	<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

Identificação da pessoa**4.01 - Número de ordem** 3**4.02 - Nome completo** JOSE MARCOS FREITAS DE OLIVEIRA

**4.03 - Identificação (NIS/
PIS/PASEP)****16215055566****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**14/07/1978****4.07 - Relação de parentesco de JOSE com a pessoa
responsável pela unidade familiar - RF****Filho(a)****4.08 - Cor ou raça****Parda****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****JUCINEIDE FREITAS DE OLIVEIRA** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE GOMES DE OLIVEIRA** 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?****FORTALEZA** 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**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****80625258304****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****00000000960024;****2 - Complemento****3 - Data da emissão****17/07/1996****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****48581250795****2 - Zona****987****3 - Seção****987****Pessoa com deficiência****6.01 - JOSE tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que JOSE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

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

1 - Não

2 - Sim, de alguém da família

3 - Sim, de cuidador especializado

4 - Sim, de vizinho

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

6 - Sim, de outra forma

Escolaridade

7.01 - JOSE sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

7.02 - JOSE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim

2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que JOSE frequenta

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Terceiro(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	<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

Fontes de renda	Valor
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

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text"/> Celular	<input type="text"/> 85	<input type="text"/> 988485016	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text"/> Não declarado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

c) Email

Tipos

Não declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

- 1 - Sim
 2 - Não

9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
JUCINEIDE FREITAS DE OLIVEIRA 71076301304 RG	.pdf	224 KB
JUCINEIDE FREITAS DE OLIVEIRA 71076301304 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	259 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

062350595-9C

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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

1.10 - Data da entrevista

15/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome

SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.12 - CPF

66199700368

1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL UNIPESSOAL FAMILIA BENEFICIARIA BPC IDOSO EM ANEXO TERMO DE RESPONSABILIDADE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO

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.

- | |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia |
| <input type="checkbox"/> 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência |
| <input type="checkbox"/> 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

1 - JUCINEIDE FREITAS D

b) Código da unidade
consumidora

478070

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 checked="" 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 Cidades. Lista de Programas.

Este quesito foi desabilitado.

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

O - Nenhuma