

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

062891352-44

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

09/12/2025

## Endereço da família

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

LUZARDO VIANA

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

RUA

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

**NAPOLEAO BONAPARTE****850****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****61.910-030****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****Entrevistador****1.21 - Nome****FABIANA MAGALHAES RODRIGUES****1.22 - CPF****76816079353****1.23 - Observações****ATUALIZACAO BPC IDOSO UNIPessoal****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?**

Cimento

**2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

É coletado diretamente

**2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**

- ☐ 1 - Total    ☒ 2 - Parcial  
☐ 3 - Não Existe

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

- ☒ 1 - Particular Permanente  
☐ 2 - Particular improvisado  
☐ 3 - Coletivo

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

1

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

**2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?**

Rede geral de distribuição

**2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?**

Fossa rudimentar

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

Elétrica com medidor próprio

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

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

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

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

☐ 2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- ☐ 1 - Sim
- ☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐ 2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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
-----------------	-------

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	R\$ 47	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 45	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 55	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 400	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R\$ 180	<input 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:**

**4487524 - USF NARCELIO MESQUITA MOTA**

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

**23076506676 - CRAS MUCUNA****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****RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA****4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)****16565712094****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino**4.06 - Data de nascimento****07/12/1959****4.07 - Relação de parentesco de RAIMUNDA 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)****VALDIRA DE SOUZA ARAUJO**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE ARAUJO DA COSTA**☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde RAIMUNDA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado RAIMUNDA nasceu?**

- ☐ 2 - Não sabe

**4.13 - Em que município RAIMUNDA nasceu?**

- ☐ 2 - Não sabe

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

- ☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de RAIMUNDA 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 RAIMUNDA ?**

- ☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**4.17-RAIMUNDA 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 RAIMUNDA?**

- ☐ 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****21081158387****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2000020027924****2 - Complemento****3 - Data da emissão****20/03/2019****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****8352145****2 - Série****30****3 - Data da emissão****04/11/2011****4 - Estado emissor****CEARA**



## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

3548760779

2 - Zona

122

3 - Seção

152

## Pessoa com deficiência

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

☐

1 - Cegueira

☐

5 - Deficiência física

☐

2 - Baixa visão

☐

6 - Deficiência mental ou intelectual

☐

3 - Surdez severa/profunda

☐

7 - Síndrome de Down

☐

4 - Surdez leve/moderada

☐

8 - Transtorno/doença mental

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

☐

1 - Não

☐

4 - Sim, de vizinho

☐

2 - Sim, de alguém da família

☐5 - Sim, de instituição da rede  
socioassistencial☐

3 - Sim, de cuidador especializado

☐

6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - RAIMUNDA sabe ler e escrever?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

7.02 - RAIMUNDA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginas)

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

Quinto(a)

7.11 - RAIMUNDA concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada RAIMUNDA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal RAIMUNDA era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - RAIMUNDA 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 RAIMUNDA nesse período?

8.09 - Quanto RAIMUNDA 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

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

EVILYN VITORIA ARAUJO DE SOUZA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐ 1 - Masculino

☐ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/08/2007

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

Neto(a) ou bisneto(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

☐ 2 - Não sabe

FRANCISCA RAQUEL ARAUJO DE SOUZA

4.10 - Filiação 2

☒ 2 - Não sabe

4.11- Onde EVILYN nasceu?

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

4.12 - Em que estado EVILYN nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município EVILYN nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EVILYN nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EVILYN 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 EVILYN ?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

4.17-EVILYN 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 EVILYN?

☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo**

- ☐ 1 - Nascimento      ☐ 2 - Casamento  
☐ 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados****1 - Nome do cartório****2 - Data do registro****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2 - Complemento****3 - Data da emissão****4 - Estado emissor****5 - Sigla do órgão emissor****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****2 - Série****3 - Data da emissão**

**4 - Estado emissor****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência**

**6.01 - EVILYN 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 EVILYN 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 EVILYN 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 - EVILYN sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

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

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

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

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

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



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

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada EVILYN trabalhou?**

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - EVILYN 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 EVILYN nesse período?****8.09 - Quanto EVILYN recebe, normalmente, por mês de:****Fontes de renda****Valor**

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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

EVILYN VITORIA ARAUJO DE SOUZA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21228069923

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/08/2007

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

Neto(a) ou bisneto(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

FRANCISCA RAQUEL ARAUJO DE SOUZA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☒

2 - Não sabe

4.11- Onde EVILYN nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado EVILYN nasceu?

CEARA

☐

2 - Não sabe

4.13 - Em que município EVILYN nasceu?

MARACANAU

☐

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EVILYN nasceu?

☐

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EVILYN 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 EVILYN ?**

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-EVILYN 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 EVILYN?**

☐ 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**

GUERREIRO

**2 - Data do registro**

28/09/2007

**3 - Número do livro**

100

**4 - Número da folha**

58

**5 - Número do termo/RANI**

00086323

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**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 - EVILYN 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 EVILYN 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 EVILYN 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 - EVILYN sabe ler e escrever?**

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

COLEGIO ESTADUAL RUI BARBOSA

**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**

CEARA

**2 - Município**

MARACANAU

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

23223081

☐ 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que EVILYN frequenta**

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

**Ensino Médio regular****Segundo(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

**8.05 - No mês passado EVILYN recebeu remuneração de trabalho?**

(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

☒ 0 - Não recebeu

**8.06 - EVILYN 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 EVILYN nesse período?****8.09 - Quanto EVILYN recebe, normalmente, por mês de:**

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

**Responsável pela família****9.01 - Contato(s)**



## a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

989115588

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

## 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA 21081158387 RG FRENTE E VERSO	.pdf	669 KB
RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA 21081158387 TERMO DE RESP	.pdf	208 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

062891352-44

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

☐

1 - Fora do domicílio

☒

2 - Alteração

☒

2 - Em domicílio

☐

3 - Impossibilidade em domicílio

1.10 - Data da  
entrevista

09/12/2025

## Entrevistador

1.11 - Nome

FABIANA MAGALHAES RODRIGUES

1.12 - CPF

76816079353

1.13 - Observações

ATUALIZACAO BPC IDOSO UNIPESSOAL

## 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

☐

8 - Participou de curso em alimentação e  
nutrição

☐

2 - Recebe leite do programa do leite -  
Leite Fome Zero

☐

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**

**1 - RAIMUNDA ARAUJO DA S**

**b) Código da unidade consumidora**

**353501**

**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"/> 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**