

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

1.02 - UF

1.03 - Município

059724428-68

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

Seleccione o item:

1.09 - Formulários preenchidos

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Principal | <input type="checkbox"/> 2 - Avulso 2 | <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa em situação de
rua (FS2) |
| <input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Vinculação a
programas e serviços (FS1) | <input type="checkbox"/> 5 - Representante legal
(FS3) |

1.10 - Data da entrevista

09/12/2025

Endereço da família

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

MUCUNA

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

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

RUA

1.14 - Nome

1.15 - Número

PEDRO LOURENCO

430

**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

61.915-510

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

FABIANA MAGALHAES RODRIGUES

1.22 - CPF

76816079353

1.23 - Observações

BPC IDOSO FAMILIA 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 sem 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

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
 2 - Não

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

2 - Não sabe

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/>	<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\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 50	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 115	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 600	<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		<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:

2372118 - UBS FRANCISCA FATIMA DA ROCHA FREITAS

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****MARIA GOMES DA COSTA****4.03 - Identificação (NIS/PIS/
PASEP)****16381455226****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**09/04/1944****4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)****ANDRELINA VIEIRA GOMES** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****RAIMUNDO GOMES DA SILVA** 2 - Não sabe

4.11- Onde MARIA nasceu?

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

4.12 - Em que estado MARIA nasceu?**CEARA**

- 2 - Não sabe

4.13 - Em que município MARIA nasceu?**MARANGUAPE**

- 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?

- 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MARIA 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 MARIA ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-MARIA 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 MARIA?

- Feminina Masculina Não binário(a)

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

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

b) Dados

1 - Nome do cartório**CARTORIO GUERREIRO****2 - Data do registro****18/03/2019****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****0206360155196120000704700000946****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****77953550300****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20190608395****2 - Complemento****3 - Data da emissão****09/04/2019****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****29620****2 - Série****12****3 - Data da emissão****26/12/1983****4 - Estado emissor****CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV**1 - Número****3539640744****2 - Zona****122****3 - Seção****143****Pessoa com deficiência****6.01 - MARIA 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 MARIA 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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 1^a a 4^a séries, Elementar (Primário)

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

Terceiro(a)

7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:**8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho?**

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - MARIA 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 MARIA nesse período?****8.09 - Quanto MARIA 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"/>
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text"/> Recado	<input type="text"/> 85	<input type="text"/> 988431082	<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 tem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

c) Email

Tipo	Email	Autoriza recebimento de E-mail
<input type="text"/> Não tem	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

9.02 - Documentos

Nome	Tipos	Tamanho
MARIAGOMESDACOSTA77953550300RGFRENTEEVERSO	.pdf	224 KB
MARIAGOMESDACOSTA77953550300TERMODERESP	.pdf	234 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

059724428-68

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão
 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

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

1.10 - Data da entrevista

09/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome**FABIANA MAGALHAES RODRIGUES****1.12 - CPF****76816079353****1.13 - Observações****BPC IDOSO FAMILIA 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.

- | | |
|---|---|
| <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 |

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 - MARIA GOMES DA COSTA

b) Código da unidade consumidora

1049859



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 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