

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****050339743-19****1.02 - UF****CE****1.03 - Município****MARACANAU****1.04 - Distrito****1.05 - Subdistrito****1.06 - Setor censitário****1.07 - Modalidade da operação**

- 1 - Inclusão       2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

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

**Selecione o item****1.09 - Formulários preenchidos**

- 0 - Principal  
 1 - Avulso 1       2 - Avulso 2  
 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)       4 - Pessoa em situação de rua (FS2)  
 5 - Representante legal (FS3)

**1.10 - Data da entrevista****22/12/2025****Endereço da família****1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****PIRATININGA****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****AVENIDA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****PADRE**

**1.14 - Nome****JOSE HOLANDA DO VALE****1.15 - Número****0000000000001220****1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****E****1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****61.905-292****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****VIZINHO FABRICA DE MARMORE****Entrevistador****1.21 - Nome****AVILA DE SALES MOREIRA RODRIGUES****1.22 - CPF****4402180392****1.23 - Observações****ATUALIZACAO RF BENEFICIARIA DO BPC IDOSO****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?**

**2**

**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 séptica**

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

**Elétrica com medidor próprio**

## Família

**3.01 - A família é**

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

indígena?

- 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

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

**1**

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

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

2 - Não sabe

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

2 - Não consta no município

**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)

0 - Não tem

2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)

0 - Não tem

3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

0 - Não tem

**3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:**

**Tipo de despesa****Valor**

1	Energia elétrica	<b>R\$ 50</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<b>R\$ 55</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 120</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 500</b>	<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	<b>R\$ 300</b>	<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:**

**2372185 - USF FLAVIO BELISARIO DE SOUSA**

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

**23076535803 - CRAS PIRATININGA**

**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**

**ELITA DA COSTA SILVA**

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

**13144577196**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**07/01/1943**

**4.07 - Relação de parentesco de ELITA 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)****FRANCISCA MARIA DE JESUS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO ALEXANDRE DA COSTA** 2 - Não sabe**4.11- Onde ELITA nasceu?** 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país**4.12 - Em que estado ELITA nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ELITA nasceu?****ARACOIABA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ELITA nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ELITA 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 ELITA ?** 1 - Sim 2 - Não**4.17-ELITA 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 ELITA?**

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

**DO REGISTRO CIVIL DE VAZANTES**

##### 2 - Data do registro

**03/02/2020**

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

**01870501551961200009015000064723**

##### 7 - Estado de registro

##### 8 - Município de registro

**CEARA****ARACOIABA**

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

**268190313**

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

##### 1 - Número

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

00268190313

26/12/2024

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

2873144

2 - Série

10

3 - Data da emissão

07/01/2002

4 - Estado emissor

CEARA

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

1 - Número

62334560752

2 - Zona

122

3 - Seção

159

**Pessoa com deficiência****6.01 - ELITA 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 ELITA 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 ELITA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input checked="" 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 - ELITA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

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

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

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - ELITA 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 ELITA nesse período?**

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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<b>R\$ 1.518</b>	<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

## 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>
<b>Recado</b>	<b>85</b>	<b>987822940</b>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

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

#### c) Email

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

### 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
RG ELITA DA COSTA SILVA	.pdf	164 KB
TERMO ELITA DA COSTA SILVA	.pdf	361 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****050339743-19****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****22/12/2025****Entrevistador****1.11 - Nome****AVILA DE SALES MOREIRA RODRIGUES****1.12 - CPF****4402180392****1.13 - Observações****ATUALIZACAO RF BENEFICIARIA DO BPC IDOSO**

## 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 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 checked="" 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

b) Código da unidade consumidora



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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo   |
| <input 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**