

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

081129964-31

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 - 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

10/12/2025

## Endereço da família

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

JEREISSATI II

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

AVENIDA

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

1.14 - Nome

X CJ JEREISSATI II

1.15 - Número

256

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

61.901-210

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**ANTONIO WILTON DA SILVA MOURA**

**1.22 - CPF**

**1368449360**

**1.23 - Observações**

**TRANSFERENCIA FAMILIA DO PBF PESSOA EM SITUACAO DE RUA  
ENCAMINHADA DO CENTRO POP**

**Família**

**3.01 - A família é indígena?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

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

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

- 2 - Não sabe

- 1 - Sim  
 2 - Não

**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?**

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

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

(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?**

<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	
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:**

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1 Energia elétrica	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
3 Gás, carvão e lenha		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4 Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 200	<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\$ 150	<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:**

**3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II**

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

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

**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**

**RAFAELA CRISTINA CORREIA BORGES**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**20044503967**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**04/04/1992**

**4.07 - Relação de parentesco de RAFAELA 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)**

**MARIA DO CARMO CORREIA BORGES**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOSE FELIZARDO BORGES**

2 - Não sabe

**4.11- Onde RAFAELA nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**TIANGUA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de RAFAELA 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 RAFAELA ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-RAFAELA 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 RAFAELA?** 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****REGISTRO CIVIL****2 - Data do registro****20/06/1992****3 - Número do livro****23****4 - Número da folha****41****5 - Número do termo/RANI****00249270****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****TIANGUA****5.02 - Número de inscrição do CPF****62325531368**

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

1 - Número

2006098103679

2 - Complemento

3 - Data da emissão

06/06/2018

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

79790860701

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - RAFAELA 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 RAFAELA 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 RAFAELA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite multipla 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 - RAFAELA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1º ciclo (Ginasial)**

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

**Quinto(a)**

7.11 - RAFAELA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada RAFAELA trabalhou?

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal RAFAELA era:

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

0 - Não recebeu

**8.06 - RAFAELA 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 RAFAELA nesse período?**

**8.09 - Quanto RAFAELA 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

**Pessoa em situação de rua**

**1.01 - Código familiar**

**081129964-31**

**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 - Sim  
 2 - Não

**1.10 - Data da entrevista****10/12/2025****Entrevistador****1.11 - Nome****ANTONIO WILTON DA SILVA MOURA****1.12 - CPF****013.684.493-60****1.13 - Observações****TRANSFERENCIA FAMILIA DO PBF PESSOA EM SITUACAO DE RUA  
ENCAMINHADA DO CENTRO POP****Identificação da pessoa em situação de rua****2.01 - Número de ordem****1****2.02 - Nome completo****RAFAELA CRISTINA CORREIA BORGES****2.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)****200.44503.96.7****2.04 - Onde RAFAELA costuma dormir?**

- 1 - Rua -  
Quantas  
vezes por  
semana?

**7**

- 3 - Domicílio  
particular -  
Quantas  
vezes por  
semana?

2 - Albergue -

Quantas  
vezes por  
semana?

4 - Outro -

Quantas  
vezes por  
semana?

**2.05 - Há quanto tempo RAFAELA vive na rua?**

**Até seis meses**

**2.06 - Quais os principais motivos pelos quais RAFAELA passou a morar na rua/albergue/outro?**

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Perda de moradia
- 2 - Ameaça/violência
- 3 - Problemas com familiares/companheiro(a)
- 4 - Alcoolismo/drogas
- 5 - Desemprego
- 6 - Trabalho

- 7 - Tratamento de saúde
- 8 - Preferência/opção própria
- 9 - Outro
- 10 - Não sabe/não lembra
- 11 - Não respondeu

**2.07 - Há quanto tempo RAFAELA mora nesta cidade?**

**Até seis meses**

**2.08 - Vive com sua família na rua?**

1 - Sim  2 - Não

**2.08 - Vive com sua família na rua?**

1 - Sim  2 - Não

**2.09 - RAFAELA tem contato com parente que viva fora da rua?**

**Nunca**

**2.10 - Nos últimos 6 meses RAFAELA frequentou ou participou de alguma atividade comunitária?**

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Escola
- 2 - Associação
- 3 - Cooperativa

- 4 - Movimento social
- 5 - Não sabe/não lembra
- 6 - Não respondeu

**2.11 - Nos últimos 6 meses RAFAELA foi atendido em algum dos lugares listados abaixo?**

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Centro de Referência da Assistência Social - CRAS
- 2 - Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS
- 3 - Centro de Referência para população em situação de rua

- 4 - Instituição de acolhimento governamental (albergue/abrigo/outro)
- 5 - Instituição de acolhimento não-governamental (instituição benficiante privada/outro)
- 6 - Hospital/clínica geral
- 7 - Nenhum

**2.12 - Alguma vez RAFAELA teve emprego com carteira de trabalho assinada?**

**Não**

**2.13 - O que RAFAELA faz para ganhar dinheiro?**

Este quesito admite múltipla marcação.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Construção civil               | <input type="checkbox"/> 6 - Pede dinheiro            |
| <input type="checkbox"/> 2 - Guardador de carro/flanelinha  | <input type="checkbox"/> 7 - Vendas                   |
| <input type="checkbox"/> 3 - Carregador/estivador           | <input type="checkbox"/> 8 - Outro                    |
| <input type="checkbox"/> 4 - Catador de material reciclável | <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 5 - Serviços gerais/limpeza /outro |   |

## Responsável pela família

**9.01 - Contato(s)**

a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número
Recado	85	986700394

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim
- 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo	DDD	Número
Não tem		

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim
- 2 - Não

c) Email

Tipo	Email
Não tem	

**Autoriza recebimento de E-mail**

- 1 - Sim  
 2 - Não

## 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**

**081129964-31**

**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**

**10/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**ANTONIO WILTON DA SILVA MOURA**

**1.12 - CPF**

**1368449360**

**1.13 - Observações**

## TRANSFERENCIA FAMILIA DO PBF PESSOA EM SITUACAO DE RUA ENCAMINHADA DO CENTRO POP

### 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 - Particiipa 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 - Particiipa 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 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 checked="" 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**