

## Identificação e controle

## 1.01 - Código familiar

1.02 - UF

## 1.03 - Município

073215366-29

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

- O - 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.)**

NOVO MARACANAÚ

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

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

RUA

### 1.14 - Nome

### 1.15 - Número

**13****1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM  
etc.)****691****1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****61.905-560****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização**

## Entrevistador

**1.21 - Nome****SUELY FERREIRA CAMPOS****1.22 - CPF****36002720391****1.23 - Observações****REVISAO 2025 UNIPESSOAL DIFICULDADE PARA ASSINAR**

## 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?**

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

**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?**

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

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>
------------------------	--------------

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha		<input checked="" 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
6	Aluguel	R\$ 230	<input 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:**

2372223 - USF DR APARICIO BEZERRA

**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****ANTONIO FLAVIO ROCHA TOME****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****12834493199****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****16/08/1977****4.07 - Relação de parentesco de ANTONIO 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)****MARIA TERESA ROCHA TOME** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****RAIMUNDO TOME FILHO** 2 - Não sabe

**4.11- Onde ANTONIO nasceu?**

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

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

CEARA

- 2 - Não sabe

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

MARANGUAPE

- 2 - Não sabe

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

- 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ANTONIO 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 ANTONIO ?**

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-ANTONIO 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 ANTONIO?**

- 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****83292217334****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****97023057621****2 - Complemento****3 - Data da emissão****15/05/2015****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****70882****2 - Série****42****3 - Data da emissão****22/01/1997****4 - Estado emissor****CEARA**

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****45045410701****2 - Zona****122****3 - Seção****181****Pessoa com deficiência****6.01 - ANTONIO 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 ANTONIO 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 ANTONIO 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 - ANTONIO sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

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

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

**Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário)**

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

**Primeiro(a)**

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

- 1 - Sim     2 - Não

**Trabalho e remuneração**

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

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

**Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)**

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

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

0 - Não recebeu

**R\$ 300**

**8.06 - ANTONIO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim     2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**12**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por ANTONIO nesse período?**

**R\$ 3.600**

**8.09 - Quanto ANTONIO recebe, normalmente, por mês de:****Fontes de renda****Valor**

1 Ajuda/doação regular de não morador   0 - Não recebeu

2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS   0 - Não recebeu

3 Seguro-desemprego   0 - Não recebeu

<b>Fontes de renda</b>		<b>Valor</b>	
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>
<input type="text"/> Celular	<input type="text"/> 85	<input type="text"/> 997196675	<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>
<input type="text"/> Não tem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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>
<input type="text"/> Não tem	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

### 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
ANTONIO FLAVIO ROCHA TOME83292217334RGFRENTEEVERSO	.pdf	161 KB
ANTONIO FLAVIO ROCHA TOME83292217334TERMO	.pdf	220 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**

**073215366-29**

**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**

**15/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome****SUELY FERREIRA CAMPOS****1.12 - CPF****36002720391****1.13 - Observações****REVISAO 2025 UNIPESSOAL DIFICULDADE PARA ASSINAR**

## 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 |

- 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

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<br><input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso<br><input type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF<br><input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família<br><input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos<br><input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência<br><input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes<br><input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas<br><input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias<br><input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua<br><input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente<br><input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo<br><input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador<br><input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência<br><input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias<br><input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida<br><input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade<br><input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias<br><input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)<br><input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência<br><input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva<br><input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI<br><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**