

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

1.02 - UF

1.03 - Município

203439147-00

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

22/12/2025

Endereço da família

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

PAJUCARA**1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****1.14 - Nome****ANTONIO GERMANO****1.15 - Número****61.933-020****1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****SN****1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****PROXIMO AO CANAL OU AREA VERDE****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

**DESMEMBRAR ORDEM 1 DO CODIGO FAMILIAR 02095601424
UNIPESSOAL FAMILIA BENEFICIARIA DO BPC 88 PASSOU PELO
ATENDIMENTO PAIF TECNICA ILCA CAROLINA EM ANEXO TERMO DE
RESPONSABILIDADE E DECLARACAO DE RESIDENCIA RF NAO ASSINA
O TELEFONE INFORMADO FOI DO CRAS**

Características do domicílio

**2.01 - O local onde está situado o seu
domicílio tem, na maioria, características:**

- 1 - Urbanas 2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

3

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

1

**2.05 - Qual é o material predominante no
piso do seu domicílio?**

Cimento

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

- 1 - Sim 2 - Não

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

Rede geral de distribuição

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

- 1 - Sim 2 - Não

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

Elétrica sem medidor

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

1 - Total

2 - Parcial

3 - Não Existe

Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim

2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

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		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2 Água e esgoto		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3 Gás, carvão e lenha	R\$ 120	<input 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

	Tipo de despesa	Valor	
6	Aluguel	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<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:

6612075 - USF MARIA NAZARE DE OLIVEIRA SILVA

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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 EVANDRO DE LIMA GOMES

**4.03 - Identificação (NIS/
PIS/PASEP)****21223132538****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento**23/02/1956****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****Preta****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****MARIA ZORIA DE LIMA GOMES** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****FRANCISCO PEREIRA GOMES** 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**MARANGUAPE****2 - Data do registro****29/04/2004****3 - Número do livro****B28****4 - Número da folha****291****5 - Número do termo/RANI****00016099****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição
do CPF****72188286391****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****20210171329****2 - Complemento****3 - Data da emissão****09/02/2021****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****3529520752****2 - Zona****104****3 - Seção****177****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)

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 ANTONIO 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 - ANTONIO sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

7.02 - ANTONIO frequenta escola ou creche?

Nunca 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?

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

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:

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

8.06 - ANTONIO 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 ANTONIO nesse período?

8.09 - Quanto ANTONIO 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
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Fontes de renda	Valor
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	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
Recado	85	997810873	<input type="radio"/> 1 - Sim <input type="radio"/> 2 - Não

b) Telefone secundário

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

c) Email

Tipos

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

- 1 - Sim
 2 - Não

9.02 - Documentos

Nome	Tipos	Tamanho
ANTONIO EVANDRO DE LIMA GOMES 72188286391 RG	.pdf	198 KB
ANTONIO EVANDRO DE LIMA GOMES 72188286391 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	264 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

203439147-00

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

SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.12 - CPF

66199700368

1.13 - Observações

**DESMEMBRAR ORDEM 1 DO CODIGO FAMILIAR 02095601424
UNIPESSOAL FAMILIA BENEFICIARIA DO BPC 88 PASSOU PELO
ATENDIMENTO PAIF TECNICA ILCA CAROLINA EM ANEXO TERMO DE
RESPONSABILIDADE E DECLARACAO DE RESIDENCIA RF NAO ASSINA
O TELEFONE INFORMADO FOI DO CRAS**

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