

## Identificação e controle

### 1.01 - Código familiar

082179573-20

### 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

23/12/2025

## Endereço da família

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

NOVO ORIENTE

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

RUA

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

**1.14 - Nome**

**18**

**1.15 - Número**

**52**

**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**

**61.921-090**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**COLEGIO MENINO JESUS**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**BRUNA PEREIRA LEAL**

**1.22 - CPF**

**899460305**

**1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO**

**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?**

**Cerâmica, lajota ou pedra**

**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 com 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**

**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	R\$ 95	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 85	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 250	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 430	<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:**

**2372088 - USF JUAREZ IZAIAS ARAUJO**

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

**23076534641 - CRAS ACARACUZINHO**

**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**

**ANTONIA ROCHELIA DE CASTRO PEREIRA**

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

**16086556599**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**06/03/1985**

**4.07 - Relação de parentesco de ANTONIA 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)**

MONICA SALES DE CASTRO

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

FERNANDO CAMPOS PEREIRA

2 - Não sabe

**4.11- Onde ANTONIA nasceu?**

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

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

CEARA

2 - Não sabe

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

MARANGUAPE

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ANTONIA 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 ANTONIA ?**

1 - Sim

2 - Não

**4.17-ANTONIA 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 ANTONIA?**



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

FRANCISCO MATIAS FIL

##### 2 - Data do registro

22/06/1987

##### 3 - Número do livro

A03

##### 4 - Número da folha

155

##### 5 - Número do termo/RANI

00002250

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARANGUAPE

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

1180076370

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

##### 1 - Número

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

2001026004088

15/01/2014

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

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

1 - Número

5225937

2 - Série

1

3 - Data da emissão

24/04/2003

4 - Estado emissor

CEARA

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

1 - Número

57059050752

2 - Zona

4

3 - Seção

96

#### Pessoa com deficiência

6.01 - ANTONIA 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 ANTONIA 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 ANTONIA 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 - ANTONIA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico,**

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

**Terceiro(a)**

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

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

0 - Não recebeu

**R\$ 100**

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

1 - Sim       2 - Não

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

**2**

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

**R\$ 200**

**8.09 - Quanto ANTONIA 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 |

## 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>Celular</b>	<b>85</b>	<b>988209092</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
ANTONIA ROCHELIA DE CASTRO PEREIRA 01180076370 DOCUMENTO COM FOTO	.pdf	297 KB
ANTONIA ROCHELIA DE CASTRO PEREIRA 01180076370 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	225 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**

**082179573-20**

**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**

**23/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**BRUNA PEREIRA LEAL**

**1.12 - CPF**

**899460305**

**1.13 - Observações**

## ATUALIZACAO

### 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) N° 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**