

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

204713973-26

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

24/04/2026

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

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**

MARCIO BEZERRA DE SOUSA

1.22 - CPF

95995749315

1.23 - Observações

CADASTRO NOVO PESSOA EM SITUACAO DE RUA ATENDIDA NO CENTRO POP

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?

(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?

	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	
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
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
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:

3008606 - USF CARLOS ANTONIO COSTA P MARTINS

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

23076597224 - CENTRO POP

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

PAULO HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

30/05/1980

4.07 - Relação de parentesco de PAULO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde PAULO nasceu?**

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

4.12 - Em que estado PAULO nasceu? 2 - Não sabe**4.13 - Em que município PAULO nasceu?** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro PAULO nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de PAULO 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 PAULO ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-PAULO 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 PAULO?

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

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

03207646301

25/02/2026

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

9707769

2 - Série

10

3 - Data da emissão

09/12/2005

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

68630180728

2 - Zona

104

3 - Seção

317

Pessoa com deficiência

6.01 - PAULO 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 PAULO 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 PAULO 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 - PAULO sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - PAULO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

7.08 - Qual é o ano/série que PAULO frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginásia)

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

Sexto(a)

7.11 - PAULO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada PAULO trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PAULO era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

0 - Não recebeu

R\$ 20

8.06 - PAULO 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 PAULO nesse período?

R\$ 240

8.09 - Quanto PAULO 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

204713973-26

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

24/04/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

MARCIO BEZERRA DE SOUSA

1.12 - CPF

959.957.493-15

1.13 - Observações

CADASTRO NOVO PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDA NO CENTRO POP

Identificação da pessoa em situação de rua

2.01 - Número de ordem

1

2.02 - Nome completo

PAULO HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

2.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

2.04 - Onde PAULO costuma dormir?

- | | | | |
|---|--------------------------------|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Rua -
Quantas vezes
por semana? | <input type="text" value="7"/> | <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio
particular -
Quantas vezes
por semana? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 - Albergue -
Quantas vezes
por semana? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 4 - Outro -
Quantas vezes
por semana? | <input type="text"/> |

2.05 - Há quanto tempo PAULO vive na rua?

Entre cinco e dez anos

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

Este quesito admite múltipla marcação.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Perda de moradia | <input type="checkbox"/> 7 - Tratamento de saúde |
| <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça/violência | <input type="checkbox"/> 8 - Preferência/opção própria |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Problemas com familiares/
companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 9 - Outro |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Alcoolismo/drogas | <input type="checkbox"/> 10 - Não sabe/não lembra |
| <input type="checkbox"/> 5 - Desemprego | <input type="checkbox"/> 11 - Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 6 - Trabalho | |

2.07 - Há quanto tempo PAULO mora nesta cidade?

Mais de dez anos

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 - PAULO tem contato com parente que viva fora da rua?

Quase nunca

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

Este quesito admite múltipla marcação.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Escola | <input type="checkbox"/> 4 - Movimento social |
| <input type="checkbox"/> 2 - Associação | <input type="checkbox"/> 5 - Não sabe/não lembra |
| <input type="checkbox"/> 3 - Cooperativa | <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Não respondeu |

2.11 - Nos últimos 6 meses PAULO 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 beneficente privada/outro)
- 6 - Hospital/clínica geral
- 7 - Nenhum

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

2.13 - O que PAULO 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 checked="" type="checkbox"/> 8 - Outro |
| <input type="checkbox"/> 4 - Catador de material reciclável | <input 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	Autoriza recebimento de
------	-----	--------	-------------------------

mensagem

 1 - Sim 2 - Não**b) Telefone secundário**

Tipo

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

 1 - Sim 2 - Não**c) Email**

Tipo

Email

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

1.02 - UF

1.03 - Município

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

24/04/2026

Entrevistador**1.11 - Nome**

MARCIO BEZERRA DE SOUSA

1.12 - CPF

95995749315

1.13 - Observações

CADASTRO NOVO PESSOA EM SITUACAO DE RUA ATENDIDA NO 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 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular | |

7 - Faz refeição em cozinha comunitária 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS) 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS 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.

 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social 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.

 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência 7 - Abrigo para crianças e adolescentes 8 - Abrigo para pessoas idosas 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias 13 - ProJovem Campo 14 - ProJovem Trabalhador 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência) |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência |
| | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva |
| | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI |
| | <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?

306 - Família de Catadores de Material Reciclável