

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

069609117-88

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 ☐ 2 - Avulso 2 ☐ 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)  
☐ 1 - Avulso 1 ☒ 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1) ☐ 5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

03/02/2026

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

F REAL NOBRE

1.15 - Número

260

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

61.933-060

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

PROXIMO AO CEMITERIO

Entrevistador

1.21 - Nome

GILVANIA MARIA DE FREITAS MACIEL

1.22 - CPF

1722547367

1.23 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL 2026 MUDANCA ESCOLAR FAMILIA BENEF DO PBF TEM PASSE LIVRE DE MARACANAU

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?

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do 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

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?

Poço ou nascente

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

Fossa rudimentar

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

Elétrica com medidor próprio

## 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?

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

☐ 2 - Não  
consta no  
município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

4

(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                                |                                                 |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1               | Energia elétrica               | <input type="text" value="R\$ 54"/>  | <input 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" value="R\$ 120"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4               | Alimentação, higiene e limpeza | <input type="text" value="R\$ 800"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5               | Transporte                     | <input type="text"/>                 | <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

CLECIANE SOUZA DA SILVA

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

16185435773

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

07/12/1989

4.07 - Relação de parentesco de CLECIANE 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)**

**ANA LUCIA SOUZA DA SILVA**

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**FRANCISCO DE ASSIS BATISTA DA SILVA**

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde CLECIANE nasceu?**

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

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

**CEARA**

☐ 2 - Não sabe

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

**MARACANAU**

☐ 2 - Não sabe

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

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de CLECIANE 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 CLECIANE ?**

☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**4.17-CLECIANE 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 CLECIANE?**

☐ 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

BRAGA

2 - Data do registro

17/08/2022

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

02063601551989100017394001948883

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

5649179310

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2007025008070

2 - Complemento

3 - Data da emissão

01/06/2007

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

7119182

40

30/05/2014

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

75335640760

2 - Zona

104

3 - Seção

351

## Pessoa com deficiência

6.01 - CLECIANE 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 CLECIANE 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 CLECIANE 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 - CLECIANE sabe ler e escrever?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

7.02 - CLECIANE frequenta escola ou creche?

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental (duração 9 anos)**

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

**Nono(a)**

7.11 - CLECIANE concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CLECIANE trabalhou?

☐ 1 - Sim

☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim

☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CLECIANE era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - CLECIANE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim

☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

1

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

R\$ 1.720

8.09 - Quanto CLECIANE recebe, normalmente, por mês de:

|   | Fontes de renda                                        | Valor       |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                    | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego                                      | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| Fontes de renda |                                                                                      | Valor                |                                                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 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 |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

WANCLECIO SOUZA DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23618916473

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☒ 1 - Masculino

☐ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

14/03/2008

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

CLECIANE SOUZA DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☒ 2 - Não sabe

4.11- Onde WANCLECIO nasceu?

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

4.12 - Em que estado WANCLECIO nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município WANCLECIO nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro WANCLECIO nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de WANCLECIO 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 WANCLECIO ?

- ☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

4.17-WANCLECIO 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 WANCLECIO?

- ☐ 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

CARTORIO ALBUQUERQUE

2 - Data do registro

29/04/2010

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552010100029286002337424

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9729653356

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20221639947

2 - Complemento

3 - Data da emissão

09/08/2022

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

2 - Zona

3 - Seção

Pessoa com deficiência

6.01 - WANCLECIO 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 WANCLECIO 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 WANCLECIO 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 - WANCLECIO sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

7.02 - WANCLECIO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

Terceiro(a)

7.11 - WANCLECIO concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada WANCLECIO trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal WANCLECIO era:

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

☒

 0 - Não recebeu

8.06 - WANCLECIO 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 WANCLECIO nesse período?

8.09 - Quanto WANCLECIO recebe, normalmente, por mês de:

| Fontes de renda |                                                                                      | Valor       |                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------|
| 1               | Ajuda/doação regular de não morador                                                  | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não recebeu |
| 2               | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS                               | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não recebeu |
| 3               | Seguro-desemprego                                                                    | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não recebeu |
| 4               | Pensão alimentícia                                                                   | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não recebeu |
| 5               | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

3

FRANCISCO WAGNER SOUZA DA SILVA

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

22021407712

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☒ 1 - Masculino

☐ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

25/02/2010

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

CLECIANE SOUZA DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☒ 2 - Não sabe

4.11- Onde FRANCISCO nasceu?

☐ 1 - Neste município

☐ 2 - Em outro município

☐ 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado FRANCISCO nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município FRANCISCO nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FRANCISCO nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FRANCISCO 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 FRANCISCO ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-FRANCISCO 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 FRANCISCO?

☐ 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

CARTORIO ALBUQUERQUE

2 - Data do registro

29/04/2010

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552010100029286002337505

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9729659397

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

1 - Número

20221923670

2 - Complemento

3 - Data da emissão

14/09/2022

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

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 FRANCISCO 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 - FRANCISCO sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

7.02 - FRANCISCO frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

EEM PROFESSOR FLAVIO PONTE

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

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080370

- ☐ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que FRANCISCO frequenta

Ensino Médio regular

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

Segundo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - FRANCISCO concluiu esse curso que frequentou?

- ☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCO trabalhou?

- ☐ 1 - Sim      ☒ 2 - Não

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

- ☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCO era:

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

- ☒ 0 - Não recebeu

8.06 - FRANCISCO 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 FRANCISCO nesse período?

8.09 - Quanto FRANCISCO 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 |

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

VICTOR PETRIOS DA SILVA CANUTO

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

23618923550

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☒ ☐

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/12/2011

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

CLECIANE SOUZA DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

IDELVANO VICTOR CANUTO

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde VICTOR nasceu?

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

4.12 - Em que estado VICTOR nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município VICTOR nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro VICTOR nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de VICTOR 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 VICTOR ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-VICTOR 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 VICTOR?

☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

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

CARTORIO BRAGA OFICIO DE NOTAS E REGISTROS PUBLICOS

2 - Data do registro

09/12/2011

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

02063601552011100122122009526066

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9729664390

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

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

2 - Zona

3 - Seção

Pessoa com deficiência

6.01 - VICTOR 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 VICTOR 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 VICTOR 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 - VICTOR sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não

7.02 - VICTOR frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23080370 - EEM PROFESSOR FLAVIO PONTE

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

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080370



2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que VICTOR frequenta

Ensino Médio regular

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

Primeiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - VICTOR concluiu esse curso que frequentou?



1 - Sim



2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada VICTOR trabalhou?



1 - Sim



2 - Não

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

☐ 1 - Sim

☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal VICTOR era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - VICTOR 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 VICTOR nesse período?

8.09 - Quanto VICTOR recebe, normalmente, por mês de:

| Fontes de renda |                                                        | Valor       |                                                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 1               | Ajuda/doação regular de não morador                    | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2               | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3               | Seguro-desemprego                                      | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4               | Pensão alimentícia                                     | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

**Fontes de renda****Valor**

5

Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares

**0 - Não  
recebeu****Responsável pela família****9.01 - Contato(s)****a) Telefone primário****Tipo****Celular****DDD****85****Número****987611054****Autoriza recebimento de  
mensagem**☐

1 - Sim

☒

2 - Não

**b) Telefone secundário****Tipo****Não tem****DDD****Número****Autoriza recebimento de  
mensagem**☐

1 - Sim

☐

2 - Não

**c) Email****Tipo****Não tem****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

069609117-88

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

03/02/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

GILVANIA MARIA DE FREITAS MACIEL

1.12 - CPF

1722547367

1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL 2026 MUDANCA ESCOLAR FAMILIA BENEF DO PBF TEM PASSE LIVRE DE MARACANAU

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.

☐ 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero

☐ 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição

☐ 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero

☐ 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos

☐ 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta

☐ 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva

☐ 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta

- ☐ 5 - Recebe cesta básica
- ☐ 6 - Faz refeição em restaurante popular
- ☐ 7 - Faz refeição em cozinha comunitária

- ☐ 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- ☐ 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**

**1 - CLECIANE SOUZA DA SILVA -**

**b) Código da unidade consumidora**

**49031997**

**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 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"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              |                                                                                                                                              |

☐ 12 - ProJovem Urbano

☐ 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)

☐ 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência

☐ 22 - Projetos de inclusão produtiva

☐ 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI

☐ 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?**

**0 - Nenhuma**