

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

048266709-58

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 5 - Representante legal (FS3)
 serviços (FS1)

1.10 - Data da entrevista

23/12/2025

Endereço da família

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

SIQUEIRA

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

RUA

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

1.14 - Nome

MACIEL LUZ

1.15 - Número

658

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

61.923-300

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

ALAN GOMES XAVIER

1.22 - CPF

3840393329

1.23 - Observações

ATUALIZACAO BPC

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?

5

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

2

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?

Fossa rudimentar

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

Elétrica com medidor próprio

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

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim
 2 - Não

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

 2 - Não sabe**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)

 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\$ 199 0 - Não tem

2 Água e esgoto

R\$ 70 0 - Não tem

Tipo de despesa		Valor	
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 110	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 1.000	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" 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:

2372134 - USF DR ALARICO LEITE

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

23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO

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

MICHELLE DOMINGOS DE SOUZA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

13523657198

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

20/02/1986

4.07 - Relação de parentesco de MICHELLE 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)

FATIMA DOMINGOS DE SOUZA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

LUIZ CESAR DE SOUZA

 2 - Não sabe

4.11- Onde MICHELLE nasceu?

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

4.12 - Em que estado MICHELLE nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município MICHELLE nasceu?

FORTALEZA

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MICHELLE nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MICHELLE 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 MICHELLE ?

 1 - Sim 2 - Não

4.17-MICHELLE 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 MICHELLE?

 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 Índigena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

CAVALCANTI FILHO

16/09/2008

3 - Número do livro

A65

4 - Número da folha

408

5 - Número do termo/RANI

00077222

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

1237017327

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

01237017327

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/11/2025

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

6475949

2 - Série

10

3 - Data da emissão

09/01/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

56477350701

2 - Zona

117

3 - Seção

453

Pessoa com deficiência

6.01 - MICHELLE 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 MICHELLE 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 MICHELLE 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 - MICHELLE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - MICHELLE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Norn

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

Primeiro(a)

7.11 - MICHELLE concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MICHELLE trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MICHELLE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - MICHELLE 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 MICHELLE nesse período?

R\$ 20.509

8.09 - Quanto MICHELLE 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

Fontes de renda

Valor

4 Pensão alimentícia

0 - Não
recebeu

5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares

0 - Não
recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

ANA BEATRIZ DOMINGOS DA COSTA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21241545342

4.04 - Apelido/Nome social

16/12/2007

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Preta

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MICHELE DOMINGOS DE SOUZA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

GREGORIO NASCIMENTO DA COSTA

 2 - Não sabe

4.11- Onde ANA nasceu?

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

4.12 - Em que estado ANA nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município ANA nasceu?

FORTALEZA

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro ANA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de ANA 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 ANA ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-ANA 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 ANA?

- 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

MONDUBIM

2 - Data do registro

17/02/2009

3 - Número do livro

044

4 - Número da folha

010

5 - Número do termo/RANI

00046478

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

9318366388

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20190047199

2 - Complemento

3 - Data da emissão

11/01/2019

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 - ANA 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 ANA 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 checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

6.03 - Em função dessa deficiência ANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- | | |
|---|--|
| <input checked="" 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 - ANA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - ANA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

UECE

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

FORTALEZA

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ANA frequenta

Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ANA 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 ANA nesse período?

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

Fontes de renda

Valor

1 Ajuda/doação regular de não morador

0 - Não recebeu

2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS

0 - Não recebeu

3 Seguro-desemprego

0 - Não recebeu

4 Pensão alimentícia

0 - Não recebeu

5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares

0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

PEDRO CESAR DOMINGOS ABREU

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23819857083

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

26/12/2017

4.07 - Relação de parentesco de PEDRO 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)

MICHELLE DOMINGOS DE SOUZA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ADEGILDO ABREU DA SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde PEDRO nasceu?

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

4.12 - Em que estado PEDRO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município PEDRO nasceu?

MARACANAU

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro PEDRO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de PEDRO 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 PEDRO ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-PEDRO 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 PEDRO?

- 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**

ALBUQUERQUE

2 - Data do registro

27/12/2017

3 - Número do livro**4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

01553701552017100065030004143440

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9333490337

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**1 - Número**

20222574032

2 - Complemento**3 - Data da emissão**

01/12/2022

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 - PEDRO 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 PEDRO 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 checked="" type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

6.03 - Em função dessa deficiência PEDRO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input checked="" 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 - PEDRO sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - PEDRO frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

NORMA CELIA PINHEIRO CRISPIM EMEIEF PROF

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

23270969

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que PEDRO frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Segundo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - PEDRO concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada PEDRO trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PEDRO era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - PEDRO 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 PEDRO nesse período?

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

Fontes de renda	Valor
1 Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Fontes de renda

Valor

2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	R\$ 1.518	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego		<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares		<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

ADEGILDO ABREU DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

13046841190

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/01/1981

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

Cônjuge ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA DE FATIMA ABREU DA SILVA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

4.11- Onde ADEGILDO nasceu?

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

4.12 - Em que estado ADEGILDO nasceu?

 2 - Não sabe

CEARA**4.13 - Em que município ADEGILDO nasceu?****FORTALEZA** 2 - Não sabe**4.14 - Em que país estrangeiro ADEGILDO nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de ADEGILDO 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 ADEGILDO ?

- 1 - Sim 2 - Não

4.17-ADEGILDO 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 ADEGILDO?

- 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****CAVALCANTE FILHO****2 - Data do registro****19/08/1998****3 - Número do livro****A43****4 - Número da folha****201****5 - Número do termo/RANI****00050407****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição do CPF**

88374777320

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

98015019021

2 - Complemento

3 - Data da emissão

25/09/1998

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

85430

2 - Série

46

3 - Data da emissão

04/02/1999

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

52521940701

2 - Zona

122

3 - Seção

127

Pessoa com deficiência

6.01 - ADEGILDO 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 ADEGILDO 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 ADEGILDO 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 - ADEGILDO sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - ADEGILDO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Norn

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

Terceiro(a)

7.11 - ADEGILDO concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ADEGILDO trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ADEGILDO era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - ADEGILDO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

4

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

R\$ 7.022

8.09 - Quanto ADEGILDO 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

Tipo

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

Celular

85

992620366

 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

048266709-58

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

 1 - Inclusão
 2 - Alteração 1 - Fora do domicílio 2 - Em domicílio
 3 - Impossibilidade em domicílio

1.10 - Data da entrevista

23/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome

ALAN GOMES XAVIER

1.12 - CPF

3840393329

1.13 - Observações

ATUALIZACAO BPC

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

1 - MICHELLE DOMINGOS DE SOUZA -

b) Código da unidade consumidora

5697158

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 checked="" 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"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes | |

- 8 - Abrigo para pessoas idosas
- 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias
- 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- 11 - ProJovem Adolescente
- 12 - ProJovem Urbano

Formulários

- 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade
- 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias
- 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?

O - Nenhuma