

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

068793774-40

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 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

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

16/12/2025

Endereço da família

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

JEREISSATI II

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

RUA

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

1.14 - Nome

63 CJ JEREISSATI II

1.15 - Número

663

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

61.901-270

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

Entrevistador

1.21 - Nome

LUCIELDA ARAUJO TAVARES

1.22 - CPF

1868342336

1.23 - Observações

TRANSFERENCIA RECEBE PBF FEITO COM DECLARACAO DE RESIDENCIA

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?

3

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 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 indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

1 - Sim
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

2 - Não sabe

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

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?

2

(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="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

Tipo de despesa

Valor

1	Energia elétrica	R\$ 108	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 55	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

Tipo de despesa		Valor	
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 70	<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	R\$ 55	<input 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:

3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II

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

23076501578 - CRAS JEREISSATI

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

JOSEANE DOS SANTOS SILVA

4.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)

15158997431

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

05/07/1993

4.07 - Relação de parentesco de JOSEANE 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)

MARLENE DOS SANTOS SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE BARBOSA DA SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde JOSEANE nasceu?

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

4.12 - Em que estado JOSEANE nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município JOSEANE nasceu?

CAUCAIA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JOSEANE nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de JOSEANE 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 JOSEANE ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-JOSEANE 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 JOSEANE?

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 BRITO RAMOS 1 OFICIO

2 - Data do registro

21/09/1993

3 - Número do livro

A42

4 - Número da folha

82V

5 - Número do termo/RANI

00046388

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

CAUCAIA

5.02 - Número de inscrição do
CPF

2030971227

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

004110656

2 - Complemento

3 - Data da emissão

02/10/2019

4 - Estado emissor

RIO GRANDE DO NORTE

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

6159525

2 - Série

60

3 - Data da emissão

30/10/2019

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

30804041635

2 - Zona

36

3 - Seção

6

Pessoa com deficiência

6.01 - JOSEANE 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 JOSEANE 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 JOSEANE 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 - JOSEANE sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - JOSEANE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que JOSEANE 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 JOSEANE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Terceiro(a)

7.11 - JOSEANE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JOSEANE trabalhou?

1 - Sim 2 - Não

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

1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JOSEANE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - JOSEANE 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 JOSEANE nesse período?

8.09 - Quanto JOSEANE 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

4.02 - Nome completo

POLYANNA KELLY DOS SANTOS PEREIRA

4.03 - Identificação
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

23842331173

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

11/10/2012

4.07 - Relação de parentesco de POLYANNA 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)

JOSEANE DOS SANTOS SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

LUCIANO DA SILVA PEREIRA

2 - Não sabe

4.11- Onde POLYANNA nasceu?

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

4.12 - Em que estado POLYANNA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município POLYANNA nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro POLYANNA nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de POLYANNA 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 POLYANNA ?

1 - Sim 2 - Não

4.17-POLYANNA 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 POLYANNA?

 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

1 TABELIONATO DE NOTAS PROTESTOS E REGISTRO CIVIL

2 - Data do registro

21/11/2012

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01557801552012100139296010637371

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

CEARA

CAUCAIA

5.02 - Número de inscrição do CPF

71791633412

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000003970

2 - Complemento

3 - Data da emissão

04/11/2018

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 - POLYANNA 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 POLYANNA 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 POLYANNA 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 - POLYANNA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim 2 - Não

7.02 - POLYANNA frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

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

23197145 - JOSE MARTINS RODRIGUES EMEIEF DEPUTADO

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

23197145

- 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que POLYANNA frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Sétimo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - POLYANNA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim 2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada POLYANNA trabalhou?

- 1 - Sim 2 - Não

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

- 1 - Sim 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal POLYANNA era:

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

- 0 - Não recebeu

8.06 - POLYANNA 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 POLYANNA nesse período?

8.09 - Quanto POLYANNA 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
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 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 type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text"/> Celular	<input type="text"/> 85	<input type="text"/> 994515353	

- 1 - Sim
 2 - Não

b) Telefone secundário

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

c) Email

Tipo	Email	Autoriza recebimento de E-mail
Não tem		<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 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

068793774-40

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 - Posto de atendimento/CRAS
 2 - Em domicílio

1.10 - Data da entrevista

16/12/2025

Entrevistador

1.11 - Nome

LUCIELDA ARAUJO TAVARES

1.12 - CPF

1868342336

1.13 - Observações

TRANSFERENCIA RECEBE PBF FEITO COM DECLARACAO DE RESIDENCIA

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 familia 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
- 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- 11 - ProJovem Adolescente
- 12 - ProJovem Urbano
- 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
- 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 Cidade. Lista de Programas.

Este quesito foi desabilitado.

2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?

O - Nenhuma