

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar****203440498-09****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  
 1 - Avulso 1       3 - Vinculação a programas  
e serviços (FS1)       4 - Pessoa em situação de  
rua (FS2)  
 5 - Representante legal  
(FS3)

**1.10 - Data da entrevista****22/12/2025****Endereço da família****1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)****MENINO JESUS DE PRAGA****1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)****RUA****1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)****MARECHAL**

**1.14 - Nome****DEODORO DA FONSECA****1.15 - Número****682****1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)****A****1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)****1.18 - CEP****61.932-520****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****IGREJA CATOLICA****Entrevistador****1.21 - Nome****RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.22 - CPF****5810171370****1.23 - Observações****ACOLHIDA****Características do domicílio**

**2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

- 1 - Urbanas  2 - Rurais

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

**4**

**2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?**

**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

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

- 1 - Particular Permanente  
 2 - Particular improvisado  
 3 - Coletivo

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

**1**

**2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?**

**Alvenaria/tijolo com revestimento**

**2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?**

**Outra forma**

**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 sem medidor**

## Família

**3.01 - A família é**

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

indígena?

- 1 - Sim
- 2 - Não

**3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**3.05 - A família é quilombola?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

**2**

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

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

2 - Não sabe

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

2 - Não consta no município

**3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?**

**Faixa etária**

**Quantidade**

1 Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)

0 - Não tem

2 Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)

0 - Não tem

3 Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

0 - Não tem

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

**Tipo de despesa****Valor**

1 Energia elétrica   0 - Não tem

2 Água e esgoto   0 - Não tem

3 Gás, carvão e lenha   0 - Não tem

4 Alimentação, higiene e limpeza   0 - Não tem

5 Transporte   0 - Não tem

6 Aluguel   0 - Não tem

7 Medicamentos de uso regular   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:**

**2372037 - USF MARIA DAS GRACAS MAXIMIANO**

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

**23076506632 - CRAS JARDIM BANDEIRANTES**

**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**

**VITORIA GABRIELE AMORIM DO NASCIMENTO**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**05/11/1999**

**4.07 - Relação de parentesco de VITORIA 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)****ANTONIA AURINEIDE AMORIM DO NASCIMENTO** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****CLEBIO CORDEIRO DO NASCIMENTO** 2 - Não sabe**4.11- Onde VITORIA nasceu?**

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**4.17-VITORIA 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 VITORIA?**



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

GUERREIRO

##### 2 - Data do registro

27/01/2014

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

02063601552000100060024006628156

##### 7 - Estado de registro

##### 8 - Município de registro

CEARA

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

7840510388

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

##### 1 - Número

##### 2 - Complemento

##### 3 - Data da emissão

**20087454208****10/07/2023****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP****5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****4610267****2 - Série****50****3 - Data da emissão****20/01/2017****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****87872630736****2 - Zona****104****3 - Seção****270****Pessoa com deficiência****6.01 - VITORIA 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 VITORIA 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 VITORIA 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 - VITORIA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Terceiro(a)**

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal VITORIA era:****8.05 - No mês passado VITORIA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

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

1 - Sim



2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?****8****8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por VITORIA nesse período?****R\$ 10.589****8.09 - Quanto VITORIA 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****4.03 - Identificação (NIS/PIS/  
PASEP)****4.04 - Apelido/Nome social****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****4.08 - Cor ou raça****4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde ANA nasceu?**

- 1 - Neste município

- 2 - Em outro município

- 3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado ANA nasceu?** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município ANA nasceu?** 2 - Não sabe

**MARACANAU**

L - 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**

ALBUQUERQUE

**2 - Data do registro**

13/07/2025

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

**6 - Matrícula****01553701552025100111207005541170****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****13318751375****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 - 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 type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

**6.03 - Em função dessa deficiência ANA 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 - ANA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

**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:**

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

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
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	R\$ 150	<input 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
Celular	85	988409375	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 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**

**203440498-09**

**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****22/12/2025****Entrevistador****1.11 - Nome****RENATO ALVES DE CARVALHO JUNIOR****1.12 - CPF****5810171370****1.13 - Observações****ACOLHIDA****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.**

- 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**