

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

201524371-26

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão  2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

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

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

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

1.10 - Data da entrevista

27/03/2026

## Endereço da família

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

ALTO ALEGRE II

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

VIA

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

**FERREA**

**106**

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

**61.922-020**

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

**PROXIMO A ESTACAO DO METRO E A RUA LIMA CAMPOS**

## Entrevistador

1.21 - Nome

**ROSANE SILVA COSTA**

1.22 - CPF

**1598161300**

1.23 - Observações

**ATUALIZACAO CADASTRAL INCLUSAO DO FILHO CEP DA RUA APROXIMADA ANEXO DECLARACAO DE RENDA E 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?

3

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

1

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?

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado indiretamente

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

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva

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

indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

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

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

	Faixa etária	Quantidade	
1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	<input type="text" value="R\$ 60"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 60	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 100	<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:

**2372061 - USF ENFERMEIRA ISABEL BONFIM**

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

**23076501564 - CRAS ALTO ALEGRE**

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

**GRAZIELE RIBEIRO SANTOS**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

20716675832

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

14/03/2001

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

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

FRANCISCA DAS CHAGAS RIBEIRO DO NASCIMENTO

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MANOEL MOURA SANTOS

2 - Não sabe

4.11- Onde GRAZIELE nasceu?

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

4.12 - Em que estado GRAZIELE nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município GRAZIELE nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro GRAZIELE nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de GRAZIELE 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 GRAZIELE ?

1 - Sim  2 - Não

4.17-GRAZIELE 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 GRAZIELE?

Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

1 - Nascimento  2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

62358321338

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20160759336

2 - Complemento

3 - Data da emissão

09/03/2016

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2623261

2 - Série

60

3 - Data da emissão

09/01/2019

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

93600900795

2 - Zona

93

3 - Seção

262

Pessoa com deficiência

6.01 - GRAZIELE 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 GRAZIELE 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 GRAZIELE 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 - GRAZIELE sabe ler e escrever?



1 - Sim



2 - Não

7.02 - GRAZIELE frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic

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

Terceiro(a)

7.11 - GRAZIELE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada GRAZIELE trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal GRAZIELE era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - GRAZIELE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

3

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

R\$ 3.667

8.09 - Quanto GRAZIELE 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

2

4.02 - Nome completo

SAULO MATTEO RIBEIRO DE SOUZA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

03/02/2026

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

GRAZIELE RIBEIRO SANTOS

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

ANTONIO MAICON DE SOUZA BONFIM

2 - Não sabe

4.11- Onde SAULO nasceu?

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

4.12 - Em que estado SAULO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município SAULO nasceu?

FORTALEZA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro SAULO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de SAULO 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 SAULO ?

1 - Sim  2 - Não

4.17-SAULO 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 SAULO?

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

03/02/2026

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01851501552026100173124008607198

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

13505708348

**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 - SAULO 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 SAULO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

1 - Cegueira

5 - Deficiência física

2 - Baixa visão

6 - Deficiência mental ou intelectual

3 - Surdez severa/profunda

7 - Síndrome de Down

4 - Surdez leve/moderada

8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência SAULO 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 - SAULO sabe ler e escrever?

1 - Sim

2 - Não

7.02 - SAULO frequenta escola ou creche?

Nunca frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal SAULO era:**

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

0 - Não recebeu

8.06 - SAULO 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 SAULO nesse período?

8.09 - Quanto SAULO 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	R\$ 170	<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

Celular

DDD

85

Número

991195226

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

201524371-26

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão  
 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Fora do domicílio  
 2 - Em domicílio

1.10 - Data da entrevista

27/03/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

ROSANE SILVA COSTA

1.12 - CPF

1598161300

1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL INCLUSAO DO FILHO CEP DA RUA APROXIMADA ANEXO DECLARACAO DE RENDA E 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 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) N° 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.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)                                             |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI                                                            |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 24 - Nenhum                                                                                              |

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**