

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

071437753-80

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

☐

1 - Inclusão

☒

2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

☒

1 - Fora do domicílio

☐

2 - Em domicílio

☐

3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

☒

0 - Principal

☐

2 - Avulso 2

☐

4 - Pessoa em  
situação de rua (FS2)

☐

1 - Avulso 1

☒

3 - Vinculação a  
programas e serviços  
(FS1)

☐

5 - Representante  
legal (FS3)

1.10 - Data da  
entrevista

28/01/2026

## Endereço da família

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

PAJUCARA

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

RUA

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

PADRE

1.14 - Nome

JOSE DO VALE

1.15 - Número

0000000000000071

1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)

ALTOS

1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

1.18 - CEP

61.932-560

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

BAR DA SUELI

Entrevistador

1.21 - Nome

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.22 - CPF

66199700368

## 1.23 - Observações

**ATUALIZACAO CADASTRAL RENDA ZERO FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA JA POSSUI PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO**

## 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?

**Cerâmica, lajota ou pedra**

2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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?

**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 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

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

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

- ☐ 1 - Sim  
☐ 2 - Não

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

☐ 2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

- ☐ 1 - Sim

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

☐ 2 - Não consta no município

☒ 2 - Não

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

2

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

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

1

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

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

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

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

**Tipo de despesa**

**Valor**

|   | Tipo de despesa                | Valor   |                                                 |
|---|--------------------------------|---------|-------------------------------------------------|
| 1 | Energia elétrica               | R\$ 38  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 70  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 62  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 200 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

|   | Tipo de despesa             | Valor                |                                                 |
|---|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 6 | Aluguel                     | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |

**3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:**

**6612075 - USF MARIA NAZARE DE OLIVEIRA SILVA**

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

**23076520242 - CRAS PAJUCARA**

**3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos**

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

**3.14 - Família em risco para insegurança alimentar**

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

**Identificação da pessoa**

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

VITORIA MENDONCA DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

20321867372

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

18/01/2000

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)

MARIA DA CONCEICAO SANTOS MENDONCA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO FIRMINO DE OLIVEIRA

☐

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

ALBUQUERQUE

2 - Data do registro

28/11/2011

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

00000000552011100006110000

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição  
do CPF

8099276329

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20150769347

2 - Complemento

3 - Data da emissão

31/07/2015

4 - Estado emissor

5 - Sigla do órgão emissor

CEARA

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número**

2972269

**2 - Série**

50

**3 - Data da emissão**

04/05/2022

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número**

89124430701

**2 - Zona**

104

**3 - Seção**

379

**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

☐

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 VITORIA recebe cuidados permanentes de terceiros?**  
(Este quesito admite múltipla marcação)

☐ 1 - Não☐ 4 - Sim, de vizinho☐ 2 - Sim, de alguém da família☐ 5 - Sim, de instituição da rede  
socioassistencial☐ 3 - Sim, de cuidador especializado☐ 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,**

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

**Segundo(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?**

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

**8.09 - Quanto VITORIA recebe, normalmente, por mês de:**

**Fontes de renda**

**Valor**

|   | 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

ANA STHER OLIVEIRA MELO

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

21365469567

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/10/2019

4.07 - Relação de parentesco de ANA 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)

VITORIA MENDONCA DE OLIVEIRA

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE WASHINGTON DE SOUSA MELO

☐

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

JAIME ARARIPE

2 - Data do registro

10/10/2019

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

0187620155201910068413504266

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição  
do CPF

10824968395

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)**☐

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 ANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

☐ 1 - Não☐ 4 - Sim, de vizinho☐ 2 - Sim, de alguém da família☐ 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial☐ 3 - Sim, de cuidador especializado☐ 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 particular**

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

**COLEGIO ANGELUS**

**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**

CEARA

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23213337

☐ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ANA frequenta

Ensino Fundamental regular (duraç

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

Primeiro(a)

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**

|   | 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

Celular

DDD

85

Número

981858623

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo

Não declarad

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

#### c) Email

Tipo

Não declarad

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

071437753-80

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

28/01/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.12 - CPF

66199700368

**1.13 - Observações**

**ATUALIZACAO CADASTRAL RENDA ZERO FAMILIA BENEFICIARIA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA JA POSSUI PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO**

**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**

**1 - VITORIA MENDONCA**

**b) Código da unidade consumidora**

**9121270**

**2.05 -Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador                                                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                         |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            |                                                                                                                                              |

- |                                                                                        |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                     | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)              |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                          | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva                                                  |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI                             |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> 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?**

**0 - Nenhuma**