

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

203387802-38

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

- 1 - 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.)

PAJUCARA

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

RUA

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

1.14 - Nome

BEATRIZ CALIXTO

1.15 - Número

294

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

61.932-340

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

**SHOW DE BOLA**

Entrevistador

1.21 - Nome

**GILVANIA MARIA DE FREITAS MACIEL**

1.22 - CPF

**1722547367**

1.23 - Observações

**DESMEMBRAMENTO PASOU POR ATENDIMENTO PAIF CM A TECNICA LUANA VALERES  
RENDAS ZERO**

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?

**4**

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 sem revestimento**

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

2.08 - 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?

**Fossa rudimentar**

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

3.02 - 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  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?

	<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>
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:

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>
1	Energia elétrica	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 120</b> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
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:

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 SILVA BARBOSA

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

16630394497

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

23/01/2005

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 LUZANETE SILVA BARBOSA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**4.11- Onde VITORIA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado VITORIA nasceu?****CEARA****4.13 - Em que município VITORIA nasceu?****MARACANAU****4.14 - Em que país estrangeiro VITORIA nasceu?****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

10/10/2011

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

01553701552005100016189001538098

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9269345386

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

20180089212

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/01/2018

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 - 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)

- |   |  |
|---|--|
| <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 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 Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário), Prime**

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

**Quarto(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:**

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>
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

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

FERNANDO BARBOSA SOARES

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

09/03/1967

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

Pai ou mãe

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

RITA BARBOSA SOARES

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

LUIS ALEXANDRE SOARES

2 - Não sabe

4.11- Onde FERNANDO nasceu?

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

4.12 - Em que estado FERNANDO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município FERNANDO nasceu?

ITATIRA

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FERNANDO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FERNANDO 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

4 - Não sabe

3 - Não

#### 4.16- Deseja informar o gênero de FERNANDO ?

1 - Sim

2 - Não

#### 4.17-FERNANDO 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 FERNANDO?

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

BRAGA

###### 2 - Data do registro

25/01/2024

###### 3 - Número do livro

###### 4 - Número da folha

###### 5 - Número do termo/RANI

###### 6 - Matrícula

02063601551996200015215000789539

###### 7 - Estado de registro

CEARA

###### 8 - Município de registro

MARACANAU

#### 5.02 - Número de inscrição do CPF

60073831301

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

95002214110

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/05/1995

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

7751335

2 - Série

10

3 - Data da emissão

23/11/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

67616020701

2 - Zona

104

3 - Seção

396

Pessoa com deficiência

6.01 - FERNANDO 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 FERNANDO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Deficiência física     |
| <input checked="" 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 FERNANDO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Não                 | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - FERNANDO sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário), Prime**

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

**Segundo(a)**

7.11 - FERNANDO concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FERNANDO trabalhou?

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FERNANDO era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - FERNANDO 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 FERNANDO nesse período?

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

Fontes de renda		Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo  
**Celular**

DDD  
**85**

Número  
**991107305**

Autoriza recebimento de mensagem

1 - Sim  2 - Não

b) Telefone secundário

**Tipos**

**Não tem**

**DDD**

**Número**

**Autoriza recebimento de mensagem**

1 - Sim

2 - Não

c) Email

**Tipos**

**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**

**203387802-38**

**1.02 - UF**

**CE**

**1.03 - Município**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da operação**

**1.08 - Forma de coleta de dados**

1 - Inclusão

1 - Posto de atendimento/CRAS

2 - Alteração

2 - Em domicílio

**1.10 - Data da entrevista**

**16/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**1.12 - CPF**

## 1.13 - Observações

**DESMEMBRAMENTO PASOU POR ATENDIMENTO PAIF CM A TECNICA LUANA VALERES  
RENDA ZERO****Vinculação a programas e serviços**

**2.01 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.**

Este quesito admite múltipla marcação.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos  |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)  |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS  |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum   |

**2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?**

- 1 - Sim       2 - Não

**2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social  |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia |
| <input type="checkbox"/> 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Nenhum  |

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

a) Nº de ordem da pessoa

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 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"/> 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 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**