

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

201783849-76

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da  
operação

☐

1 - Inclusão

☒

2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

☒

1 - Posto de atendimento/CRAS

☐

2 - Em domicílio

1.09 - Formulários preenchidos

☒

0 - Principal

☐

1 - Avulso 1

☐

2 - Avulso 2

☒

3 - Vinculação a  
programas e serviços  
(FS1)

☐

4 - Pessoa em situação  
de rua (FS2)

☐

5 - Representante legal  
(FS3)

1.10 - Data da  
entrevista

15/12/2025

## Endereço da família

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

PAJUCARA

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

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

**RUA****1.14 - Nome****1****1.15 - Número****25****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****61.932-230****CONUNTO HABITACIO****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****POR DETRAS DA UPA****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO UNIPESSOAL EXCLUIR ORDEM 2 MANOEL EM ANEXO FICHA DE EXCLUSAO TERMO DE VERACIDADE RF NAO APRESENTOU CONTRA PROVA FOI ORIENTADA SOBRE A EXCLUSAO POR RENDA NO CNIC TERMO DE RESPONSABILIDADE CEP DA RUA MAIS PROXIMA PASSE LIVRE**

## 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?**

5

**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

**2.02 - 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?**

2

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

Rede geral de distribuição

**2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?**

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - 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  
☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐ 2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

**1**

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

**1**

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

(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\$ 105"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<input type="text" value="R\$ 60"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text" value="R\$ 60"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor		
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 50	<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:**

**2372169 - USF PREFEITO ANASTACIO SOARES DE LIMA**

**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

MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DA SILVA

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

16434292822

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

16/11/1960

4.07 - Relação de parentesco de MARIA 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)

FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

☐ 2 - Não sabe**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA****4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

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

- ☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**4.17-MARIA 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 MARIA?**

- ☐ 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

28/08/2025

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

0198280155198320000312200003

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

36082171349

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

1 - Número

20088835680

2 - Complemento

3 - Data da emissão

07/08/2014

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

58660

2 - Série

28

3 - Data da emissão

05/09/1990

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

59609580736

2 - Zona

104

3 - Seção

13

## Pessoa com deficiência

6.01 - MARIA 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 MARIA 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 MARIA 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 - MARIA sabe ler e escrever?**

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Prin**

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

**Quarto(a)**

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

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

**Trabalho e remuneração**

8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

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

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:

**Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)**

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

☐

0 - Não recebeu

**R\$ 400**

8.06 - MARIA 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 MARIA nesse período?

**R\$ 3.200**

8.09 - Quanto MARIA 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

MANOEL MAURICIO DE MELO

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

12321539056

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/03/1967

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

Cônjuge ou companheiro(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA ZENEIDE DE MELO



2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE DE MELO FILHO



2 - Não sabe

4.11- Onde MANOEL nasceu?



1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

4.12 - Em que estado MANOEL nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município MANOEL nasceu?

PACOTI

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro MANOEL nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de MANOEL 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 MANOEL ?

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-MANOEL 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 MANOEL?

- ☐ 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****SILVEIRA****2 - Data do registro****24/07/1985****3 - Número do livro****A22****4 - Número da folha****146****5 - Número do termo/RANI****9483****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****PACOTI****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****70151938334****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****2008009041270****2 - Complemento****3 - Data da emissão****10/03/2008****4 - Estado emissor****CEARA****5 - Sigla do órgão emissor****SSP**

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****64614****2 - Série****15****3 - Data da emissão****10/07/1985****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****21600960710****2 - Zona****104****3 - Seção****13****Pessoa com deficiência****6.01 - MANOEL 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 MANOEL 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 MANOEL 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 - MANOEL sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

7.02 - MANOEL frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (

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

Oitavo(a)

7.11 - MANOEL concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MANOEL trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

8.02 - Na semana passada MANOEL 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 MANOEL exerceu foi na agricultura, criação de animais,

**pesca ou coleta (extração vegetal)?**

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

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

☒

0 - Não recebeu

**8.06 - MANOEL 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 MANOEL nesse período?**

**8.09 - Quanto MANOEL 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	R\$ 1.518	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

	Fontes de renda	Valor	
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	DDD	Número	Autoriza recebimento de mensagem
<input type="text" value="Celular"/>	<input type="text" value="85"/>	<input type="text" value="985002265"/>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

#### b) Telefone secundário

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

## c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## 9.02 - Documentos

Nome	Tipo	Tamanho
MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DA SILVA 36082171349 RG	.pdf	192 KB
MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DA SILVA 36082171349 TERMO DE RESPONSABILIDADE	.pdf	259 KB

## 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**

**201783849-76**

**1.02 - UF**

**CE**

**1.03 - Município**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da  
operação**

☐

1 - Inclusão

☒

2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

☒

1 - Posto de atendimento/CRAS

☐

2 - Em domicílio

**1.10 - Data da  
entrevista**

**15/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS**

**1.12 - CPF**

**66199700368**

**1.13 - Observações**

**ATUALIZACAO UNIPESSOAL EXCLUIR ORDEM 2 MANOEL EM ANEXO  
FICHA DE EXCLUSAO TERMO DE VERACIDADE RF NAO APRESENTOU  
CONTRA PROVA FOI ORIENTADA SOBRE A EXCLUSAO POR RENDA NO  
CNIC TERMO DE RESPONSABILIDADE CEP DA RUA MAIS PROXIMA  
PASSE LIVRE**

## 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

**1 - MARIA DAS GRACAS F**

b) Código da unidade consumidora

**2004080**

**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 Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**