

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

078757549-68

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

06/01/2026

## 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.)****DOM****1.14 - Nome****PEDRO I****1.15 - Número****0000000000001163****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****61.935-610****A****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****CAMPO BOA ESPERANCA****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

**ATUALIZACAO CADASTRAL FAMILIA BENEFICIARIA DO PBF JA POSSUI PASSE LIVRE RF APRESENTOU CARTEIRINHA DO POSTO COMO COMPROVANTE DE ENDERECO COPIA DO RG PARA CONTESTACAO DA ORDEM 1 E ORDEM 2**

## 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?**

3

**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?**

1

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

Alvenaria/tijolo sem 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?

Fossa rudimentar

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?

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) | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não tem |
| 2 | Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)      | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não tem |
| 3 | Idoso(s) (de 60 anos ou mais)                | <div></div> | <div><input checked="" type="checkbox"/></div> 0 - Não tem |

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

| Tipo de despesa | Valor |
|-----------------|-------|
|-----------------|-------|

|   | Tipo de despesa                | Valor   |                                                 |
|---|--------------------------------|---------|-------------------------------------------------|
| 1 | Energia elétrica               | R\$ 90  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 2 | Água e esgoto                  | R\$ 35  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 111 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 500 | <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:**

**2372282 - USF JOAO BATISTA DOS SANTOS**

**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 GISLENE CUNHA DOS SANTOS**

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

13003347194

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/10/1983

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)

MARIA DE LOURDES CUNHA DOS SANTOS

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

MOISES BATISTA DOS SANTOS

☐

2 - Não sabe

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?

FORTALEZA

☐

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

CAVALCANTI FILHO

2 - Data do registro

21/11/2024

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

0203700155198410005443500640

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição  
do CPF

199277389

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00199277389

2 - Complemento

3 - Data da emissão

09/07/2025

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

614614

10

14/02/2001

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

## 1 - Número

54246720752

## 2 - Zona

104

## 3 - Seção

267

## 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)**

☐

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 MARIA 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 - 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 Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, C

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

Terceiro(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\$ 220

8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

12

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

R\$ 2.640

8.09 - Quanto MARIA 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 |

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 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

IAGO CUNHA ALVES

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

22017359105

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

26/03/2006

4.07 - Relação de parentesco de IAGO 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)****MARIA GISLENE CUNHA DOS SANTOS**☐ 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****PAULO VICTOR ALVES**☐ 2 - Não sabe**4.11- Onde IAGO nasceu?**☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

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

1 - Sim

☒

2 - Não

**4.17-IAGO 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 IAGO?**☐

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**

16/06/2009

**3 - Número do livro**

20

**4 - Número da folha**

201

**5 - Número do termo/RANI**

00017805

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

MARACANAU

**5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

10701985364

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

1 - Número

10701985364

2 - Complemento

3 - Data da emissão

26/09/2024

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

98758720710

2 - Zona

104

3 - Seção

421

Pessoa com deficiência

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, C**

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

**Terceiro(a)**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☒ 0 - Não recebeu

**8.06 - IAGO 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 IAGO nesse período?**

**8.09 - Quanto IAGO 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

986215811

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

## b) Telefone secundário

Tipo

Não declarado

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

## c) Email

Tipo

Não declarado

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

078757549-68

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

06/01/2026

## Entrevistador

1.11 - Nome

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

1.12 - CPF

66199700368

1.13 - Observações

ATUALIZACAO CADASTRAL FAMILIA BENEFICIARIA DO PBF JA POSSUI PASSE LIVRE RF APRESENTOU CARTEIRINHA DO POSTO COMO COMPROVANTE DE ENDERECO COPIA DO RG PARA CONTESTACAO DA ORDEM 1 E ORDEM 2

## 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 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                                                   |                                                                                                                                              |

☐

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**