

Identificação e controle

1.01 - Código familiar

059434885-45

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- ☐ 1 - Inclusão
- ☒ 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

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

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos

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

1.10 - Data da entrevista

26/01/2026

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.)

1.14 - Nome

JOSE DO VALE

1.15 - Número

00000000000000706

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

MERCADINHO DO NALDO DO PEIXE

Entrevistador

1.21 - Nome

LILIANE LIMA DE AGUIAR

1.22 - CPF

2697886389

1.23 - Observações

ATUALIZACAO POR MUDANCA DE ESCOLA SEGUE DECLARACOES N APRESENTOU TITULO DO CONJUGUE

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

2.02 - 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

2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?

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

**Cimento****Alvenaria/tijolo sem revestimento**

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

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

**Rede geral de distribuição**

2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

**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 sem medidor**

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?

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

☐ 2 - Não sabe

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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?

5

(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> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2            | Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)      | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3            | Idoso(s) (de 60 anos ou mais)                | <div></div> | <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"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2 | Água e esgoto                  | <input type="text" value="R\$ 89"/>  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 3 | Gás, carvão e lenha            | <input type="text" value="R\$ 60"/>  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | <input type="text" value="R\$ 100"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     | <input type="text"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | <input type="text" value="R\$ 250"/> | <input 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**

SABRINA RIBEIRO GOMES

**4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)**

16610837199

**4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

☐ 1 - Masculino    ☒ 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

29/07/1999

**4.07 - Relação de parentesco de SABRINA 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 SELMA RIBEIRO**

☐ 2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**EDILON ALEXANDRE GOMES**

☐ 2 - Não sabe

**4.11- Onde SABRINA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado SABRINA nasceu?**

**CEARA**

☐ 2 - Não sabe

**4.13 - Em que município SABRINA nasceu?**

**MARACANAU**

☐ 2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro SABRINA nasceu?**

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de SABRINA 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 SABRINA ?**



☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-SABRINA 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 SABRINA?**

☐ 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**

17/06/2024

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

**01553701552024200029106000970615**

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**MARACANAU**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**10447221345**

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

**20162539694**

2 - Complemento

3 - Data da emissão

**25/04/2018**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5 - Sigla do órgão emissor

**SSP**

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

**4675459**

2 - Série

**60**

3 - Data da emissão

**31/05/2019**

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

87871570728

2 - Zona

104

3 - Seção

410

## Pessoa com deficiência

## 6.01 - SABRINA 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 SABRINA 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 SABRINA 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 |

☐ 3 - Sim, de cuidador especializado☐ 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - SABRINA sabe ler e escrever?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

7.02 - SABRINA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginasial), Segunda fase do 1º grau**

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

**Quinto(a)**

7.11 - SABRINA concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada SABRINA trabalhou?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal SABRINA era:

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

☒ 0 - Não recebeu

8.06 - SABRINA 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 SABRINA nesse período?

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

| Fontes de renda |                                     | Valor       |                                                     |
|-----------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 1               | Ajuda/doação regular de não morador | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

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

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

☐ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino

11/02/2014

4.07 - Relação de parentesco de HERLISON 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)

SABRINA RIBEIRO GOMES

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

HERLISON DO NASCIMENTO MASCENA

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde HERLISON nasceu?

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

4.12 - Em que estado HERLISON nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município HERLISON nasceu?

MARACANAU

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro HERLISON nasceu?



☐ 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de HERLISON 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 HERLISON ?**

- ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

**4.17-HERLISON 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 HERLISON?**

- ☐ 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

COSTA LIMA

2 - Data do registro

19/02/2014

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

15411201552014100003068000066852

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

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 - HERLISON 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 HERLISON tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**☐ 1 - Cegueira☐ 2 - Baixa visão☐ 3 - Surdez severa/profunda☐ 5 - Deficiência física☐ 6 - Deficiência mental ou intelectual☐ 7 - Síndrome de Down

☐ 4 - Surdez leve/moderada☐ 8 - Transtorno/doença mental**6.03 - Em função dessa deficiência HERLISON recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**☐ 1 - Não☐ 2 - Sim, de alguém da família☐ 3 - Sim, de cuidador especializado☐ 4 - Sim, de vizinho☐ 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial☐ 6 - Sim, de outra forma**Escolaridade****7.01 - HERLISON sabe ler e escrever?**☐ 1 - Sim☐ 2 - Não**7.02 - HERLISON frequenta escola ou creche?****Sim, rede pública****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que HERLISON frequenta?****23080914 - MARIA PEREIRA DA SILVA EMEF****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

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23080914

☐ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que HERLISON frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

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

Sétimo(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - HERLISON concluiu esse curso que frequentou?

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - HERLISON 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 HERLISON nesse período?**

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

| Fontes de renda                                                                        | Valor                |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 Ajuda/doação regular de não morador                                                  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS                               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 4 Pensão alimentícia                                                                   | <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            |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

3

HELOISA LUARA RIBEIRO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23875984826

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐

1 - Masculino

☒

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

22/07/2019

4.07 - Relação de parentesco de HELOISA 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)

SABRINA RIBEIRO GOMES

☐

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☒

2 - Não sabe

4.11- Onde HELOISA nasceu?

☐

1 - Neste município

☐

2 - Em outro município

☐

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado HELOISA nasceu?



☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município HELOISA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro HELOISA nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de HELOISA 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 HELOISA ?

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-HELOISA 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 HELOISA?

- ☐ 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****CARTORIO ALBUQUERQUE****2 - Data do registro****06/08/2019****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01553701552019100080105004600917****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****MARACANAU****5.02 - Número de inscrição do CPF****10681644338****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 - HELOISA 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 HELOISA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                     |                                                                           |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                           |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input checked="" 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 HELOISA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |                                                                   |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                                  | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input checked="" 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 - HELOISA sabe ler e escrever?**

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

Sim, rede pública

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

**23232692 - TEREZA DE CALCUTA EMEF MADRE****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****CEARA****2 - Município****MARACANAU****7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche****23232692**☐ 2 - Não tem**7.07 - Qual é o curso que HELOISA frequenta****Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)****7.08 - Qual é o ano/série que HELOISA frequenta?****Primeiro(a)****Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou****7.09 - Qual foi o curso mais elevado que HELOISA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?****7.10 - Qual foi o último ano/série que HELOISA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?**

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

**8.06 - HELOISA 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 HELOISA nesse período?

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

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                                                  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS                               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <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            |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4

4.02 - Nome completo

ISABELY VITORIA RIBEIRO MASCENA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

21345329883

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐ 1 - Masculino

☒ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

08/11/2021

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parida

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

SABRINA RIBEIRO GOMES

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

HERLISON DO NASCIMENTO MASCENA

☐ 2 - Não sabe



**4.11- Onde ISABELY nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado ISABELY nasceu?**

CEARA

☐ 2 - Não sabe

**4.13 - Em que município ISABELY nasceu?**

FORTALEZA

☐ 2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro ISABELY nasceu?**

☐ 2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ISABELY 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 ISABELY ?**

- ☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**4.17-ISABELY 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 ISABELY?**

- ☐ 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

CARTORIO ALBUQUERQUE

##### 2 - Data do registro

01/12/2021

##### 3 - Número do livro

##### 4 - Número da folha

##### 5 - Número do termo/RANI

##### 6 - Matrícula

01553701552021100094133005023776

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

12165671310

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 - ISABELY 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 ISABELY 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 ISABELY 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 - ISABELY sabe ler e escrever?**

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

7.02 - ISABELY frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**23274891 - PEQUENOS PASSOS CRECHE**

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

**CEARA**

2 - Município

**MARACANAU**

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

**23274891**

☐ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ISABELY frequenta

**Pré-escola (exceto CA),**

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - ISABELY 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 ISABELY nesse período?

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

| Fontes de renda |                                                        | Valor       |                                                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 1               | Ajuda/doação regular de não morador                    | <div></div> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 2               | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3               | Seguro-desemprego                                      | <div></div> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 4               | Pensão alimentícia                                     | <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| Fontes de renda |                                                                                      | Valor                                               |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 5               | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <div><input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu</div> |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

5

4.02 - Nome completo

HERLISON DO NASCIMENTO MASCENA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

16084132422

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☒ 1 - Masculino

☐ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

21/02/1995

4.07 - Relação de parentesco de HERLISON 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)

**ANTONIA EDNEUMA DO NASCIMENTO**

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**ANTONIO RIGOBERTO ESTACIO MASCENA**

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde HERLISON nasceu?

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

4.12 - Em que estado HERLISON nasceu?

**CEARA**

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município HERLISON nasceu?

**MARACANAU**

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro HERLISON nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de HERLISON 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 HERLISON ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-HERLISON 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 HERLISON?**

☐ 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**

17/06/2024

**3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula**

01553701552024200029106000970615

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

6418109384

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2008019090

2 -Complemento

3 - Data da emissão

19/10/2011

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

4594235

2 - Série

40

3 - Data da emissão

08/08/2013

4 - Estado emissor

**CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****80044630787****2 - Zona****3 - Seção****Pessoa com deficiência****6.01 - HERLISON 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 HERLISON 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 HERLISON 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 |

☐ 3 - Sim, de cuidador especializado☐ 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - HERLISON sabe ler e escrever?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

7.02 - HERLISON frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Fundamental (duração 9 anos)**

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

**Nono(a)**

7.11 - HERLISON concluiu esse curso que frequentou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada HERLISON trabalhou?

☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal HERLISON era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

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

R\$ 400

☐ 0 - Não recebeu

8.06 - HERLISON 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 HERLISON nesse período?

R\$ 4.800

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

| Fontes de renda |                                     | Valor |                                                     |
|-----------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------|
| 1               | Ajuda/doação regular de não morador |       | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

| Fontes de renda |                                                                                      | Valor                |                                                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 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                                 | DDD                             | Número                                 | Autoriza recebimento de mensagem                                       |
| <input type="text" value="Celular"/> | <input type="text" value="85"/> | <input type="text" value="985231266"/> | <input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não |

b) Telefone secundário



Tipo

Não tem

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

c) Email

Tipo

Não tem

Email

Autoriza recebimento de E-mail

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

## Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

059434885-45

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**

26/01/2026

**Entrevistador****1.11 - Nome**

LILIANE LIMA DE AGUIAR

**1.12 - CPF**

2697886389

**1.13 - Observações**

ATUALIZACAO POR MUDANCA DE ESCOLA SEGUE DECLARACOES N APRESENTOU TITULO DO CONJUGUE

**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.

- ☐ 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
- ☐ 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
- ☐ 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
- ☐ 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- ☐ 5 - Recebe cesta básica
- ☐ 6 - Faz refeição em restaurante popular
- ☐ 7 - Faz refeição em cozinha comunitária

- ☐ 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- ☐ 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos
- ☐ 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva
- ☐ 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
- ☐ 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- ☐ 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- ☒ 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**

**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.**

- ☐ 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente
- ☐ 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso
- ☒ 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF
- ☐ 13 - ProJovem Campo
- ☐ 14 - ProJovem Trabalhador

- ☐ 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família
- ☐ 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos
- ☐ 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência
- ☐ 7 - Abrigo para crianças e adolescentes
- ☐ 8 - Abrigo para pessoas idosas
- ☐ 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias
- ☐ 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua
- ☐ 11 - ProJovem Adolescente
- ☐ 12 - ProJovem Urbano

- ☐ 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência
- ☐ 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias
- ☐ 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida
- ☐ 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade
- ☐ 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias
- ☐ 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)
- ☐ 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência
- ☐ 22 - Projetos de inclusão produtiva
- ☐ 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI
- ☐ 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**