

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

203383951-64

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

- 1 - Posto de atendimento/CRAS

- 2 - Em domicílio

1.09 - Formulários preenchidos

- 0 - Principal
- 1 - Avulso 1

- 2 - Avulso 2

- 3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)

- 4 - Pessoa em situação de rua (FS2)

- 5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

16/12/2025

## Endereço da família

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

PAJUCARA

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

RUA

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

1.14 - Nome

JOAQUIM CONRADO

1.15 - Número

166

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

B

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

ALTOS

1.18 - CEP

61.932-580

1.19 - Unidade territorial local

**1.20 - Referência para localização**

**UPA**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**GILVANIA MARIA DE FREITAS MACIEL**

**1.22 - CPF**

**1722547367**

**1.23 - Observações**

**INCLUSAO CADASTRAL PASSOU POR ATENDIMENTO PAIF COM A TECNICA LAUANA  
VALERES RF NAO APRESENTOU RG NO ATO DA ENTREVISTA RENDA ZERO**

**Características do domicílio**

**2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

- 1 - Urbanas       2 - Rurais

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

- 1 - Particular Permanente  
 2 - Particular improvisado  
 3 - Coletivo

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

**3**

**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?**

**Cerâmica, lajota ou pedra**

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

**Alvenaria/tijolo com revestimento**

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

- 1 - Sim  2 - Não

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

**É coletado diretamente**

**2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**

- 1 - Total  2 - Parcial  
 3 - Não Existe

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

**Rede geral de distribuição**

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

**Fossa rudimentar**

**2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?**

**Elétrica com medidor próprio**

## Família

**3.01 - A família é indígena?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

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

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

2 - Não sabe

**3.05 - A família é quilombola?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

2 - Não consta no município

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

**2**

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

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

**1**

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

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

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

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

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	<b>R\$ 26</b>	<input type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
2	Água e esgoto	<b>R\$ 46</b>	<input type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 40</b>	<input type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
4	Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
6	Aluguel	<b>R\$ 300</b>	<input type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>0 - Não tem</b>

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

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

23076520242 - CRAS PAJUCARA

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

1 - Sim       2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim       2 - Não

### Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

MARIA SABRINA INACIO DUARTE

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

1 - Masculino  
 2 - Feminino

31/05/1999

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)

SOLANGE FREIRE INACIO

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

**4.11- Onde MARIA nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado MARIA nasceu?****CEARA****4.13 - Em que município MARIA nasceu?****CAPISTRANO****4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?****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

**REGISTRO CIVIL**

2 - Data do registro

**18/08/1999**

3 - Número do livro

**A15**

4 - Número da folha

**125V**

5 - Número do termo/RANI

**14270**

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

**CEARA**

8 - Município de registro

**CAPISTRANO**

5.02 - Número de inscrição do CPF

**7490660327**

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

**9661574**

2 - Série

**50**

3 - Data da emissão

**05/03/2018**

4 - Estado emissor

**CEARA**

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## 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 Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técr**

**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:****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**8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?** 1 - Sim 2 - Não**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?** 3**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARIA nesse período?** R\$ 3.977**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
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

**4.01 - Número de ordem**

**2**

**4.02 - Nome completo**

**HENRY SANTIAGO INACIO RODRIGUES**

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

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**10/04/2024**

**4.07 - Relação de parentesco de HENRY 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 SABRINA INACIO DUARTE**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**ANTONIO HENRIQUE MATHEUS RODRIGUES**

2 - Não sabe

**4.11- Onde HENRY nasceu?**

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

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

**CEARA**

2 - Não sabe

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

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de HENRY foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe

3 - Não

**4.16- Deseja informar o gênero de HENRY ?**

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17-HENRY 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 HENRY?**

- 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**

**NOROES MILFONT**

**2 - Data do registro**

**11/04/2024**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**01999201552024100306121020716983**

**7 - Estado de registro**

**CEARA**

**8 - Município de registro**

**FORTALEZA**

**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 - HENRY 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 HENRY 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 HENRY 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 - HENRY sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

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

Nunca frequentou

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

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

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

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

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

- 0 - Não recebeu

**8.06 - HENRY 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 HENRY nesse período?**

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

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

**Responsável pela família**

**9.01 - Contato(s)**

**a) Telefone primário**

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>	<b>Autoriza recebimento de mensagem</b>
<b>Celular</b>	<b>85</b>	<b>992589437</b>	<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

**b) Telefone secundário**

**Tipos**

**Não tem**

**DDD**

**Número**

**Autoriza recebimento de mensagem**

1 - Sim

2 - Não

c) Email

**Tipos**

**Não tem**

**Email**

**Autoriza recebimento de E-mail**

1 - Sim

2 - Não

## Marcação livre para o município

**10.01 - Há trabalho infantil na família?**

1 - Sim       2 - Não

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

## Vinculação a programas e serviços

**1.01 - Código familiar**

**203383951-64**

**1.02 - UF**

**CE**

**1.03 - Município**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da operação**

**1.08 - Forma de coleta de dados**

1 - Inclusão  
 2 - Alteração

1 - Posto de atendimento/CRAS  
 2 - Em domicílio

**1.10 - Data da entrevista**

**16/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**1.12 - CPF**

## 1.13 - Observações

**INCLUSAO CADASTRAL PASSOU POR ATENDIMENTO PAIF COM A TECNICA LAUANA  
VALERES RF NAO APRESENTOU RG NO ATO DA ENTREVISTA RENDA ZERO**

### Vinculação a programas e serviços

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

Este quesito admite múltipla marcação.

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

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

a) Nº de ordem da pessoa

1 - MARIA SABRINA INACIO DUAJ

b) Código da unidade consumidora

52055019

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo   |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas   | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)   |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva   |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente  | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI  |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano   | <input type="checkbox"/> 24 - Nenhum   |

2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades. **Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

0 - Nenhuma