

## Identificação e controle

**1.01 - Código familiar**

**085657940-83**

**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

**1.09 - 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**

**18/12/2025**

## Endereço da família

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

**PAJUCARA**

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

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

RUA

**1.14 - Nome**

SANTOS DUMONT

**1.15 - Número**

468

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

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

**1.18 - CEP**

61.932-660

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

DEPOSITO DE CONSTRUCAO

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS

**1.22 - CPF**

66199700368

**1.23 - Observações**

## TRANSFERENCIA DE FORTALEZA RENDA ZERO RECEBE AJUDA DA FAMILIA PASSOU PELO PAIF TECNICA SIMONE FURTADO RF FORA DA ESCOLA EM ANEXO DECLARACAO DE RESIDENCIA E PROTOCOLO DA RECEITA FEDERAL PARA CORRECAO DO NOME DO FILHO

### Características do domicílio

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

- 1 - Urbanas  2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?

1

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

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

2.08 - 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?**

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**

**É coletado diretamente**

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

**Elétrica com medidor próprio**

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



1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

## Família

**3.01 - A família é indígena?**



1 - Sim



2 - Não

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

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



1 - Sim



2 - Não

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



2 - Não  
sabe

**3.05 - A família é quilombola?**



1 - Sim



2 - Não

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



2 - Não  
consta no  
município

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

**2**

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

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

**1**

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

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

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

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

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>

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

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
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:**

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

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

**23076520242 - CRAS PAJUCARA**

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

1 - Sim       2 - Não

**3.14 - Família em risco para insegurança alimentar**

1 - Sim       2 - Não

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**1**

**4.02 - Nome completo**

**CARLIANE COELHO VASCONCELOS**

**4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)****21465454448****4.04 - Apelido/Nome social****4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento****30/07/2008****4.07 - Relação de parentesco de CARLIANE 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)****ELISAMAR COELHO DE VASCONCELOS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2** 2 - Não sabe**4.11- Onde CARLIANE nasceu?**

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

**4.12 - Em que estado CARLIANE nasceu?****CEARA** 2 - Não sabe**4.13 - Em que município CARLIANE nasceu?****MARACANAU** 2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro CARLIANE nasceu?** 2 - Não sabe**4.15- O nascimento de CARLIANE 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 CARLIANE ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-CARLIANE 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 CARLIANE?**

- 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 Índigena (RANI)

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório****2 - Data do registro****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição  
do CPF****4725085391****5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número****04725085391****2 - Complemento****3 - Data da emissão****12/04/2024****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****100369800744****2 - Zona****93****3 - Seção****314****Pessoa com deficiência**

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

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência CARLIANE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

1 - Não

2 - Sim, de alguém da família

4 - Sim, de vizinho

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

3 - Sim, de cuidador especializado

6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

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

1 - Sim

2 - Não

**7.02 - CARLIANE frequenta escola ou creche?****Não, já frequentou****7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CARLIANE 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 CARLIANE frequenta****7.08 - Qual é o ano/série que CARLIANE frequenta?**

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

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

**Ensino Fundamental (duração 9 anos)**

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

**Sexto(a)**

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

1 - Sim

2 - Não

## Trabalho e remuneração

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

1 - Sim

2 - Não

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

1 - Sim

2 - Não

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

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



0 - Não recebeu

**8.06 - CARLIANE 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 CARLIANE nesse período?**

**8.09 - Quanto CARLIANE 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

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

**ARTHUR MIGUEL DA SILVA VASCONCELOS**

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

**21465455355**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**4.05 - Sexo**



1 - Masculino



2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**15/05/2024**

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

**Filho(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Branca**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)****CARLIANE COELHO VASCONCELOS** 2 - Não sabe**4.10 - Filiação 2****JOSE EDILSON PEREIRA DA SILVA FILHO** 2 - Não sabe**4.11- Onde ARTHUR nasceu?**

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

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

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-ARTHUR 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 ARTHUR?**

- 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 DE REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE M****2 - Data do registro****17/05/2024****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****01851501552024100146140007798****7 - Estado de registro****CEARA****8 - Município de registro****FORTALEZA****5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

8506450349

#### 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 - ARTHUR 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 ARTHUR 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 ARTHUR 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 - ARTHUR sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Nunca frequentou**

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

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

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

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

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

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

- 1 - Sim     2 - Não

**Trabalho e remuneração****8.01 - Na semana passada ARTHUR trabalhou?**

- 1 - Sim     2 - Não

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

- 1 - Sim     2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal ARTHUR era:****8.05 - No mês passado ARTHUR recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

0 - Não recebeu

**8.06 - ARTHUR 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 ARTHUR nesse período?**

**8.09 - Quanto ARTHUR 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**

**Tipos**  
**Celular**

**DDD**  
**85**

**Número**  
**997117701**

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**b) Telefone secundário**

**Tipos**  
**Não tem**

**DDD**  
\_\_\_\_\_

**Número**  
\_\_\_\_\_

**Autoriza recebimento de mensagem**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**c) Email**

**Tipos**  
**Não tem**

**Email**  
\_\_\_\_\_

**Autoriza recebimento de E-mail**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**Marcação livre para o município**

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

- 1 - Sim  
 2 - Não

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

## Vinculação a programas e serviços

**1.01 - Código familiar**

**085657940-83**

**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**

**18/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**SOCORRO ALELIA MOREIRA DOS SANTOS**

**1.12 - CPF**

**66199700368**

**1.13 - Observações**

**TRANSFERENCIA DE FORTALEZA RENDA ZERO RECEBE AJUDA DA FAMILIA PASSOU PELO PAIF TECNICA SIMONE FURTADO RF FORA DA ESCOLA EM ANEXO DECLARACAO DE RESIDENCIA E PROTOCOLO DA RECEITA FEDERAL PARA CORRECAO DO NOME DO FILHO**

## 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 - Participla 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 - Participla de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)  |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS   |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum  |

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

- 1 - Sim       2 - Não

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

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

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na**

**conta de energia elétrica do domicílio****a) Nº de ordem da pessoa****b) Código da unidade consumidora**

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada<br>- BPC deficiente              | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo   |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada<br>- 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 Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**O - Nenhuma**