

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 AELIA 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

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

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

Cerâmica, lajota ou pedra

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

- ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

- ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

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

1

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

Alvenaria/tijolo com revestimento

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

Rede geral de distribuição

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

Rede coletora de esgoto ou pluvial

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

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

Elétrica com medidor próprio

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

- ☒ 1 - Total ☐ 2 - Parcial
☐ 3 - Não Existe

Família

3.01 - A família é indígena?

- ☐ 1 - Sim
☒ 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- ☐ 1 - Sim
☐ 2 - Não

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

☐ 2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- ☐ 1 - Sim
☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐

2 - Não
consta no
município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

2

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

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

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

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

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

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

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	<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

Tipo de despesa		Valor	
6	Aluguel	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

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

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 Indígena (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****2 - Zona****3 - Seção****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

☐

5 - Deficiência física

☐

2 - Baixa visão

☐

6 - Deficiência mental ou intelectual

☐

3 - Surdez severa/profunda

☐

7 - Síndrome de Down

☐

4 - Surdez leve/moderada

☐

8 - Transtorno/doença mental

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

☐

1 - Não

☐

4 - Sim, de vizinho

☐

2 - Sim, de alguém da família

☐

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

☐

3 - Sim, de cuidador especializado

☐

6 - Sim, de outra forma

Escolaridade

7.01 - 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

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

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

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:

	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

Responsável pela família**9.01 - Contato(s)****a) Telefone primário**

Tipo

Celular

DDD

85

Número

997117701

Autoriza recebimento de mensagem

☐

1 - Sim

☒

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

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 AELIA 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 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS) |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum |

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

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

- ☐ 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- ☐ 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- ☐ 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- ☒ 4 - Nenhum

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

conta de energia elétrica do domicílio**a) N° de ordem da pessoa****b) Código da unidade consumidora**

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

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

☐ 24 - Nenhum

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

Este quesito foi desabilitado.

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

0 - Nenhuma