

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

069884103-41

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

08/01/2026

## 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.)****PADRE****1.14 - Nome****JOSE DO VALE****1.15 - Número****0000000000000048!****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****61.932-560****1.19 - Unidade territorial local****1.20 - Referência para localização****SALAO MAE E FILHAS****Entrevistador****1.21 - Nome****SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS****1.22 - CPF****66199700368****1.23 - Observações**

## REVISAO CADASTRAL 2025 RENDA SUPERIOR A MEIO SALARIO MINIMO MANUNTECAO DO PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA CONTESTACAO

### 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?

Cimento

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

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

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

1

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

Alvenaria/tijolo 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**

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

**1**

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

(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) | <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:**

| Tipo de despesa |                     | Valor                                |                                      |
|-----------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1               | Energia elétrica    | <input type="text" value="R\$ 407"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 2               | Água e esgoto       | <input type="text" value="R\$ 170"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 3               | Gás, carvão e lenha | <input type="text" value="R\$ 120"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem |

|   | Tipo de despesa                | Valor   |                                     |             |
|---|--------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 600 | <input type="checkbox"/>            | 0 - Não tem |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        |         | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 - Não tem |
| 7 | Medicamentos de uso regular    | R\$ 135 | <input 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

VANDA NUNES DE OLIVEIRA

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

16539292903

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

19/05/1974

4.07 - Relação de parentesco de VANDA 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)

ROSA RIBEIRO DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

☐ 2 - Não sabe

☐ 2 - Não sabe**EDMAR VITOR NUNES****4.11- Onde VANDA nasceu?**

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

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

- ☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**4.17-VANDA 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 VANDA?**

- ☐ 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

4 OFICIO DA COMARCA DE MARACANAUC CARTO

##### 2 - Data do registro

09/11/1990

##### 3 - Número do livro

B08

##### 4 - Número da folha

103

##### 5 - Número do termo/RANI

3369

##### 6 - Matrícula

##### 7 - Estado de registro

CEARA

##### 8 - Município de registro

MARACANAU

### 5.02 - Número de inscrição do CPF

81578156300

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

1 - Número

2005007067889

2 - Complemento

3 - Data da emissão

14/11/2022

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

711795

2 - Série

20

3 - Data da emissão

21/09/2006

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

49325960752

2 - Zona

104

3 - Seção

265

## Pessoa com deficiência

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

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

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

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

**Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1<sup>o</sup> ciclo (**

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

**Oitavo(a)**

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

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

**Trabalho e remuneração**

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

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

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

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

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

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

☒ 0 - Não recebeu

**8.06 - VANDA 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 VANDA nesse período?**

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

**Fontes de renda**

**Valor**

|   | 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" value="R\$ 1.826"/> | <input 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

2

4.02 - Nome completo

EDINEZIO CIPRIANO DE LIMA

4.03 - Identificação (NIS/  
PIS/PASEP)

16097305959

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo



1 - Masculino



2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

19/04/1974

4.07 - Relação de parentesco de EDINEZIO 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)

MARIETA CIPRIANO DE LIMA



2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

LUIS ALVES DE LIMA



2 - Não sabe

4.11- Onde EDINEZIO nasceu?



1 - Neste município



2 - Em outro município



3 - Em outro país

4.12 - Em que estado EDINEZIO nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município EDINEZIO nasceu?

AMONTADA

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro EDINEZIO nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de EDINEZIO 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 EDINEZIO ?

- ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-EDINEZIO 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 EDINEZIO?

- ☐ 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**

JOSE EUDASIO GARCEZ

**2 - Data do registro**

30/03/1982

**3 - Número do livro**

03

**4 - Número da folha**

126

**5 - Número do termo/RANI**

00001662

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

CEARA

**8 - Município de registro**

AMONTADA

**5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

54216893368

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)****1 - Número**

20222592758

**2 - Complemento****3 - Data da emissão**

05/12/2022

**4 - Estado emissor**

CEARA

**5 - Sigla do órgão emissor**

SSP

**5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social****1 - Número****77651****2 - Série****58****3 - Data da emissão****16/11/2004****4 - Estado emissor****CEARA****5.05 - Dados do título de eleitor com DV****1 - Número****36999960728****2 - Zona****89****3 - Seção****128****Pessoa com deficiência****6.01 - EDINEZIO 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 EDINEZIO 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 EDINEZIO 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 - EDINEZIO sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

7.02 - EDINEZIO frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar (Prin

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

Quarto(a)

7.11 - EDINEZIO concluiu esse curso que frequentou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada EDINEZIO trabalhou?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.02 - Na semana passada EDINEZIO 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 EDINEZIO exerceu foi na agricultura, criação de animais,

**pesca ou coleta (extração vegetal)?**

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

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

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

☒

0 - Não recebeu

**8.06 - EDINEZIO 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 EDINEZIO nesse período?**

**8.09 - Quanto EDINEZIO 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 |

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

## Responsável pela família

### 9.01 - Contato(s)

#### a) Telefone primário

Tipo

Celular

DDD

85

Número

984815659

Autoriza recebimento de mensagem



1 - Sim



2 - Não

#### b) Telefone secundário

Tipo

Recado

DDD

85

Número

982066821

Autoriza recebimento de mensagem



1 - Sim



2 - Não

## c) Email

Tipo

Não declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

## Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

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

## Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

069884103-41

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 - Fora do domicílio

☐

1 - Inclusão

☐

2 - Em domicílio

☒

2 - Alteração

☐

3 - Impossibilidade em domicílio

**1.10 - Data da  
entrevista**

08/01/2026

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

SOCORRO AELIA MOREIRA DOS SANTOS

**1.12 - CPF**

66199700368

**1.13 - Observações**

REVISAO CADASTRAL 2025 RENDA SUPERIOR A MEIO SALARIO  
MINIMO MANUNTECAO DO PASSE LIVRE COPIA DO RG PARA  
CONTESTACAO

**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

☐

8 - Participou de curso em alimentação  
e nutrição

☐

2 - Recebe leite do programa do leite -  
Leite Fome Zero

☐

9 - Recebeu infraestrutura de captação  
de água da chuva para produzir  
alimentos

☐

3 - Vende alimentos para o PAA -  
Compra Direta

☐

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**

**1 - VANDA NUNES DE OL**

**b) Código da unidade consumidora**

**6833356**

**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 Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

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

**0 - Nenhuma**