

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

204887837-71

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

1.10 - Data da entrevista

11/05/2026

## Endereço da família

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

CENTRO

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

RUA

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

1.14 - Nome

1.15 - Número

**JOAO DE ALENCAR**

**24**

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

**A**

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

1.18 - CEP

**61.900-150**

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

**MARIA EDIGLEUMA ARAUJO**

1.22 - CPF

**79350852349**

1.23 - Observações

**NOVO RECEBE O BPD DEFICIENTE**

## Características do domicílio

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

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

1 - Urbanas     2 - Rurais

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?

Cimento

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?

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

- 1 - Sim  
 2 - Não

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?

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

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

(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:

	<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor</b>	
1	Energia elétrica	<b>R\$ 226</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	<b>R\$ 85</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<b>R\$ 60</b>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	<b>R\$ 900</b>	<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	<b>R\$ 800</b>	<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:**

**3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II**

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

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

**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

JANAINA RODRIGUES SILVA

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/04/1983

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

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Branca

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA DE FATIMA RODRIGUES SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

EDSON DE BRITO SILVA

2 - Não sabe

4.11- Onde JANAINA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado JANAINA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município JANAINA nasceu?

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

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

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de JANAINA 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 JANAINA ?**

- 1 - Sim  2 - Não

**4.17-JANAINA 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 JANAINA?**

- 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

237907330

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2001010199283

2 - Complemento

3 - Data da emissão

09/07/2019

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

4467075

2 - Série

10

3 - Data da emissão

10/01/2003

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

61686920710

2 - Zona

104

3 - Seção

104

Pessoa com deficiência

6.01 - JANAINA 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 JANAINA 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 JANAINA 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 - JANAINA sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - JANAINA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássi

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

Terceiro(a)

7.11 - JANAINA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JANAINA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JANAINA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - JANAINA 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 JANAINA nesse período?

8.09 - Quanto JANAINA 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

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

ARTHUR WAGNER RODRIGUES SEVERINO

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

06/11/2017

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)

JANAINA RODRIGUES SILVA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

AIRTON WAGNER DA SILVA SEVERINO

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?

MARACANAU

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

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

0155370155201710006310500409098

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

MARACANAU

5.02 - Número de inscrição do CPF

9216357371

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

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 checked="" type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                             |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado       | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - ARTHUR sabe ler e escrever?

- 1 - Sim  2 - Não

7.02 - ARTHUR frequenta escola ou creche?

**Sim, rede pública**

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

**23079789 - BRAZ RIBEIRO DA SILVA EMEF**

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

- 1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23079789

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ARTHUR frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9

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

Terceiro(a)

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	R\$ 1.621	<input 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

**Fontes de renda****Valor**

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

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

Tipo

**Celular**

DDD

**85**

Número

**985720717**

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

204887837-71

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

11/05/2026

### Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.12 - CPF

79350852349

1.13 - Observações

NOVO RECEBE O BPD DEFICIENTE

### 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

**1 - JANAINA RODRIGUES SII**

b) Código da unidade consumidora

**8692630**

**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 checked="" 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 type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência |

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

**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**