

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

205380861-65

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

23/06/2026

## Endereço da família

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

OLHO D AGUA

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

**AVENIDA**

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

1.14 - Nome

**ESTRADA DA TANGUEIRA**

1.15 - Número

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

**SN**

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

1.18 - CEP

**61.908-100**

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

**POR TRAS DO CAMPO PITAGUARY**

Entrevistador

1.21 - Nome

**MARIA EDIGLEUMA ARAUJO**

1.22 - CPF

**79350852349**

1.23 - Observações

## TRANSFERENCIA RECEBE O BF

### 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?

3

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

2.11 - O lixo do seu domicílio:

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 sem 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?

Fossa rudimentar

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

É queimado ou enterrado na propi

Elétrica sem medidor

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)	<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"/>	<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" value="R\$ 400"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R\$ 70	<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:

**2372258 - USF LUIZA TARGINO DA SILVA**

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

**CICERA MARCILENE LIMA PEREIRA**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

16544465748

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino

2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

23/07/1989

4.07 - Relação de parentesco de CICERA 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)

MARIA DO SOCORRO LIMA PEREIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

2 - Não sabe

4.11- Onde CICERA nasceu?

1 - Neste município

2 - Em outro município

3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CICERA nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município CICERA nasceu?

EUSEBIO

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CICERA nasceu?

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de CICERA 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 CICERA ?**

- 1 - Sim       2 - Não

**4.17-CICERA 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 CICERA?**

- 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**

**EUSEBIO**

**2 - Data do registro**

**02/08/2013**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

6 - Matrícula

02010701551989100005218000!

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

EUSEBIO

5.02 - Número de inscrição do CPF

3666591388

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

000000020060141

2 - Complemento

3 - Data da emissão

06/02/2009

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

777805

2 - Série

20

3 - Data da emissão

06/10/2006

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

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

- 1 - Sim  2 - Não

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

**Não, já frequentou**

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

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

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico)**

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

**Terceiro(a)**

7.11 - CICERA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CICERA trabalhou?

1 - Sim     2 - Não

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

1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CICERA era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - CICERA 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 CICERA nesse período?

8.09 - Quanto CICERA 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

PEDRO KLEBER MARQUES DOS SANTOS FILHO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

23682214220

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

31/05/2014

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

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

CICERA MARCILENE LIMA PEREIRA

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

PEDRO KLEBER MARQUES DOS SANTOS

2 - Não sabe

4.11- Onde PEDRO nasceu?

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

4.12 - Em que estado PEDRO nasceu?

CEARA

2 - Não sabe

4.13 - Em que município PEDRO nasceu?

EUSEBIO

2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro PEDRO nasceu?

2 - Não sabe

4.15- O nascimento de PEDRO 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 PEDRO ?**

1 - Sim     2 - Não

**4.17-PEDRO 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 PEDRO?**

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 LEAL 1 OFICIO DE EUSEBIOCE**

**2 - Data do registro**

**11/06/2014**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**020107015520141000371130027**

**7 - Estado de registro**

**8 - Município de registro**

**CEARA**

**EUSEBIO**

**5.02 - Número de inscrição  
do CPF**

**9297274366**

**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 - PEDRO 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 PEDRO 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 PEDRO 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 - PEDRO sabe ler e escrever?**

1 - Sim     2 - Não

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

**Sim, rede pública**

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

**23239174 - ESCOLA INDIGENA CHUI**

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

23239174

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que PEDRO frequenta

Ensino Fundamental regular (dura

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

Sexto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

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

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

7.11 - PEDRO concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada PEDRO trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

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

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal PEDRO era:

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

0 - Não recebeu

8.06 - PEDRO 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 PEDRO nesse período?

8.09 - Quanto PEDRO 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

	Fontes de renda	Valor	
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

**997936063**

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

205380861-6!

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

23/06/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

MARIA EDIGLEUMA ARAUJO

1.12 - CPF

79350852349

1.13 - Observações

TRANSFERENCIA RECEBE O BF

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"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    |   |

7 - Faz refeição em cozinha comunitária

12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)

13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS

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) 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.**

1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente

2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso

3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF

4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família

5 - Centros e Grupos de convivência para idosos

6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência

13 - ProJovem Campo

14 - ProJovem Trabalhador

15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência

16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias

17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                       | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                   | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)   |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                     | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva   |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano  | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI  |
|  | <input checked="" 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**