



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MINADOR DO NEGRÃO  
RUA: BELARMINO VIEIRA BARROS, 32  
CNPJ.: 12.237.038/0001-61

LEI N.º 424 /2016, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2016.

**ORÇA A RECEITA E FIXA A DESPESA DO  
MUNICÍPIO DE MINADOR DO NEGRÃO –  
AL, PARA O EXERCÍCIO DE 2017 E DÁ  
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

A PREFEITA DO MUNICÍPIO DE MINADOR DO NEGRÃO, Estado de Alagoas, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º - Esta Lei estima a Receita e fixa a Despesa do Orçamento geral do Município **MINADOR DO NEGRÃO – AL**, para o exercício financeiro de 2017 no valor de **RS 33.359.631,54** (Trinta e Três Milhões Trezentos e Cinquenta e Nove Mil e Seiscientos e Trinta e Um Reais e Cinquenta e Quatro Centavos), assim distribuídos por esfera de governo:

- Esfera Fiscal - **RS 23.098.524,88** (Vinte e Três Milhões e Noventa e Quinhentos e Vinte e Quatro Reais e Oitenta e Oito Centavos).

- Esfera de Seguridade Social - **RS 1.261.106,66** (Dez Milhões e Sessenta e Um Mil e Cento e Seis Reais e Noventa e Quatro Centavos).

Art. 2º - A RECEITA será realada mediante a arrecadação de acordo com o seguinte de legislação em vigor, especificada em anexos e

I - RECEITAS CORRENTES.....		
Receita Tributária.....	RS	
Receita de Contribuição.....	RS	25.
Receita Patrimonial.....	RS	
Receita Agropecuária.....	RS	
Receita Industrial.....	RS	
Receita de Serviços.....	RS	
Transferências Correntes.....	RS	
Outras Receitas Correntes.....	RS	
Receita de Cont. Intra-Orç.....	RS	
(- Dedução da Receita.....	RS	

II - RECEITAS DE CAPITAL.....	
Operação de Créditos.....	
Alienação de Bens.....	
Transferência de Capit.....	
Outras Receitas de C.....	

T O T A L.....





ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MINADOR DO NEGRÃO  
RUA: BELARMINO VIEIRA BARROS, 32  
CNPJ.: 12.237.038/0001-61

Art. 3º - Á DESPESA será realizada através das Unidades Orçamentárias, Consolidada por Órgãos em Geral, na forma da Legislação em vigor, e de acordo com o seguinte desdobramento:

I - DESPESAS CORRENTES.....R\$	23.942.010,56
Pessoal e Encargos Sociais.....R\$	13.563.483,80
Juros e Encargos da dívida.....R\$	87.127,65
Outras Despesas Correntes.....R\$	10.291.399,11
II - DESPESAS DE CAPITAL.....R\$	9.101.169,94
Investimentos.....R\$	8.261.726,19
Inversões Financeiras.....R\$	330.927,74
Amortização da Dívida.....R\$	508.516,01
Reserva de Contingência.....R\$	316.451,04
<b>T O T A L</b> .....	<b>33.359.631,54</b>

**III- DESPESAS POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA**

CÂMARA MUNICIPAL.....R\$	697.530,36
CABINETE DA PREFEITA.....R\$	513.155,20
PROCURADORIA GERAL DO MUNICIPIO.....R\$	75.020,71
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO .....	R\$ 1.449.533,59
SECRETARIA MUN. DE FINANÇAS E TRIBUTOS.....R\$	1.211.777,83
DEP. DE ESPORTE E CULT. CIÊNCIA E TECNOLOGIA..R\$	1.231.775,75
SEC. MUN. DE SAUDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....R\$	2.356.440,56
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE .....	R\$ 3.343.876,40
SECRETARIA MUN. DE ASSIST. SOCIAL.....R\$	2.166.432,12
FUNDO MUN. DE ASSIST. SOCIAL.....R\$	885.573,23
FUNDO MUN. DIREITO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE...R\$	177.435,37
FUNDO MUN. DA HAB. E INT. SOCIAIS - FMHIS.....R\$	881.034,22
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.....R\$	2.467.627,51
TRANSFERENCIAS DE RECURSOS ORIUNDOS DO FNDE...R\$	1.360.862,64
FUNDO DE MAN. DA EDUCAÇÃO BASICA - FUNDEB .....	R\$ 6.702.411,37
SECRETARIA MUN. DE TRANSPORTE.....R\$	353.009,37
SECRETARIA MUN. DE OBRAS E URBANIZAÇÃO.....R\$	3.630.918,58
SEC. MUN. DE AGRIC. MEIO AMB. E DES. AGRARIO..R\$	1.776.194,16
PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL - COMPDEC.....R\$	341.003,25
INST. DE PREV. E ASSIST. MUNICIPAL - IPAM.....R\$	1.421.568,28
RESERVA DE CONTINGÊNCIA.....R\$	316.451,04
<b>T O T A L</b> .....	<b>33.359.631,54</b>

# QUESTIONÁRIO AUTOREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDICÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTA GESTANTE?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SCRE SEU PESO, VOCE SE CONSIDERA?  Abaixo do Peso  Peso Adequado  Acima do Peso

ESTA FUMANTE?  Sim  Não

FAZ USO DE ALCOOL?  Sim  Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?  Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  Sim  Não

TEM DIABETES?  Sim  Não

TEVE AVC/DERRAME?  Sim  Não

TEVE INFARTO?  Sim  Não

TEM DOENÇA CARDIACA/DO CORAÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Insuficiência Cardíaca  Outra  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Insuficiência Renal  Outro  Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?  Sim  Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?  < 6 meses  6 a 12 meses  1 a 5 anos  > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?  Sim  Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?  Sim  Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?  1 vez  2 ou 3 vezes  mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?  Restaurante Popular  Doação Restaurante  Doação Grupo Religioso  Doação de Popular  Outras

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?  Sim  Não

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\*  Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
 \*Campo obrigatório  
 \*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior  
 FA: Fora de Área  
 Microárea: usar 01 a 99 para o número da microréa.



ESTADO DE ALAGOAS  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MINADOR DO NEGRÃO**  
**RUA: BELARMINO VIEIRA BARROS, 32**  
**CNPJ.: 12.237.038/0001-61**

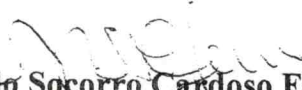
**Parágrafo Único** - Mediante a inclusão de novos projetos e atividades na Proposta do Projeto de Lei Orçamentário para o exercício de 2017, fica o Poder Executivo autorizado a atualizar os anexos, quadros e tabelas que são peças atributos gerenciais do PPA - Plano Plurianual, e da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

**Art. 4º** - Fica o Poder Executivo Autorizado a efetuar operações de créditos até o limite de 25% (Vinte Cinco por cento) sobre o valor da receita fixada.


**Art. 5º** - Fica o Poder Executivo autorizado a abrir Crédito suplementar e/ou fazer remanejamento de valores dentro dos elementos de despesas até o limite de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor fixado no orçamento Programado para o exercício financeiro de 2016, conforme artigo 42 da Lei Federal Nº 4.320/64.

**Inciso - I,** Fica o Poder Executivo autorizado a criar novos elementos de despesas nas dotações orçamentária da LOA, em razão para dá suporte legal a despesas eventuais que não tenham elemento de despesa específico, utilizando-se do benefício do remanejamento para não alterar o valor inicial fixado na Lei em vigor.

**Art. 6º** - Esta Lei entrará em vigor a partir do dia, 01 de janeiro de 2017, revogando as disposições em contrário.

  
**Maria do Socorro Cardoso Ferro**  
**Prefeita**

A presente lei foi registrada, publicada e arquivada na Secretaria de Administração aos 23 (vinte e Três) dias do mês de dezembro de 2016.

  
**Pedro Porangaba Lemos**  
**Secretário Municipal de Administração**

# QUESTIONÁRIO AUTOREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? \_\_\_\_\_

ESTÁ GESTANTE?  Sim  Não

SCURE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? \_\_\_\_\_  
 Abaixo do Peso  Peso Adequado  Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE?  Sim  Não

FAZ USO DE ALCOOL?  Sim  Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?  Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  Sim  Não

TEM DIABETES?  Sim  Não

TEVE AVC/DERRAME?  Sim  Não

TEVE INFARTO?  Sim  Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_  
 Insuficiência Cardíaca  outra  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_  
 Insuficiência Renal  outro  Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE \_\_\_\_\_  
 1 - QUAL? \_\_\_\_\_  
 2 - QUAL? \_\_\_\_\_  
 3 - QUAL? \_\_\_\_\_

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_  
 Asma  DPOC/Enfisema  outra  Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?  Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?  Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?  Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  Sim  Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA? \_\_\_\_\_

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?  Sim  Não

ESTÁ ACAMADO?  Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?  Sim  Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA \_\_\_\_\_

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA\*  Sim  Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? \_\_\_\_\_  
 < 6 meses  6 a 12 meses  1 a 5 anos  > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?  Sim  Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?  Sim  Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? \_\_\_\_\_  
 1 vez  2 ou 3 vezes  mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? \_\_\_\_\_  
 Restaurante Popular  Doação de Popular  Doação Grupo Religioso  Doação de Popular  Outras

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_  
 Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S):\*\* \_\_\_\_\_

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIAS?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? \_\_\_\_\_

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\* Campo obrigatório

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

\*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior