



**DECLARAÇÃO DE BENS**

**ÓRGÃO:** Secretaria de Estado de Saúde – SES/AM

**SERVIDOR:**

**CARGO:**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

Manaus-Am, \_de \_\_\_\_\_ de 2023

x \_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante