



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