

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME:

ENDEREÇO:

Nº

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

FONE:

CARGO:

LOTAÇÃO:

ESTA DECLARAÇÃO ABRANGE BENS DO CASAL?

SIM:

NÃO:

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	DATA DA	VALORES DOS BENS EM R\$		
	AQUISIÇÃO	AQUISIÇÃO	BENFEITORIA	ATUAL
TOTAL				

ESTA DECLARAÇÃO É A EXPRESSÃO DA VERDADE

LOCAL :

/ /

ASSINATURA

C.P.F.: