|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE BENS**  ORGÃO: **FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE**  SERVIDOR: **[NOME COMPLETO]**  CARGO: **[NOME DO CARGO]**  *[DESCREVER OS BENS OU INCLUIR TEXTO “***Nada a declarar***”]*  Manaus – AM,XX/XXXXXXX/2018  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Assinatura do Declarante  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Gerente de Recursos Humanos |