|  |
| --- |
| **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 |