**DECLARAÇÃO DE BENS**

### ÓRGÃO: Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM.

### SERVIDOR:

### CARGO:

###

**Nada a declarar**

.

Manaus-Am, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante