



DECLARAÇÃO DE BENS

NOME COMPLETO:

CARGO:

ÓRGÃO:

SITUAÇÃO FUNCIONAL:

MATRÍCULA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

FONE:

ESTADO CIVIL:

RG Nº:

TÍTULO DE ELEITOR Nº:

ZONA:

SEÇÃO:

CERTIFICADO DE RESERVISTA:

CPF:

DISCRIMINE OS BENS E VALORES, INCLUSIVE DOS DEPENDENTES:

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440

Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123