



DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____,
portador do CPF n. _____, RG n.
_____, declaro para fins de admissão no cargo de

símbolo DCA _____, na **SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE** do Estado de Mato Grosso do Sul, que:

- () **Não possuo Bens a declarar;**
() **Declaração de Bens anexa a esta Declaração;**
() **Declaração de Bens até a data desta Declaração:**

Discriminação dos Bens	Valor

Local e data: _____, ____/____/____.

Nome: _____
CPF.: _____