



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES PATRIMONIAIS

Eu, _____, inscrito (a) do
CPF nº _____, residente e domiciliado (a) à _____

_____,
declaro sob as penas da lei, para os devidos fins, junto à Fundação Municipal de Saúde, que meu
patrimônio é composto dos seguintes bens e respectivos valores atuais de mercado:

- | | | |
|-----|-------|-----------------|
| 1. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 2. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 3. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 4. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 5. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 6. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 7. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 8. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 9. | _____ | Valor R\$ _____ |
| 10. | _____ | Valor R\$ _____ |

Declaro ainda que o (s) valor (es) acima apresentados é (são) verdadeiro (s) e estou ciente
de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes
implicam no cumprimento das medidas judiciais cabíveis.

Ademais, autorizo a confirmação das informações acima.

Teresina-PI, ____ de ____ de ____.

Assinatura do (a) declarante