



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Conforme Lei Federal nº 8429/02

ANO BASE: _____

NOME COMPLETO: _____

CARGO: _____

CPF: _____

DECLARO NESTA DATA:

- () NÃO POSSUIR BENS MATERIAIS EM MEU NOME
() POSSUIR OS BENS DESCRITOS A SEGUIR (preencher o quadro abaixo)

() DECLARAÇÃO DE INGRESSO () DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO () DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO ANUAL

BENS DECLARADOS

TIPO <i>(carro, casa, terreno, valores, etc)</i>	DISCRIMINAR <i>(marca, modelo, ano, endereço, bairro, cidade, etc)</i>	VALOR DO BEM (R\$) <i>(valor de aquisição)</i>

Local e data: _____ / _____ / _____.

Assinatura do declarante



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP: 93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

COMPROVANTE DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS CONFORME ORDEM DE SERVIÇO n.º 004/2019

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ DATA: ____/____/____

ANO BASE: _____ **ANO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO:** _____

Carimbo do responsável pelo recebimento

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas – (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí – (51) 3684.0300
Clisam – (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul – 192 / Regulação Estadual SAMU – (51) 3320.0100
UPA Sapucaia do Sul – (51) 3450.3082