

I - NOME DO EMPREGADO	II - CPF	III - SERVIÇO PRESTADO	IV - DATA DE INÍCIO E TÉRMINO	V - CARGA HORÁRIA POR SEMANA	VI - VALOR MENSAL (BRUTO)	VII - JORNADA SEMANAL	VIII - LOCAL ONDE O SERVIÇO SERÁ REALIZADO	IX - MÊS E ANO
VIVIANE SANTANA SILVA	071.417.913-29	MEDICO	02-01-2025/31-12-2025	40 HORAS	15.800,00	08 HORAS	PSF	mar.-25