

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
ALANA MAYARA GUIMARÃES CARNAL	173.***.***-38	CIRUGIÃO DENTISTA	02-01-2025/31-12-2025	30 HORAS	3.000,00	06 HORAS	CEO	abr.-25
LEILANNE RODRIGUES HERCULANO	121.***.***-28	ODONTOLOGA	02-01-2025/31-12-2025	30 HORAS	3.600,00	06 HORAS	CEO	abr.-25