

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
LEILANNE RODRIGUES HERCULANO	121.***.***-28	ODONTOLOGIA	02-01-2025 - 31-12-2025	30 HORAS	2.000,00	06 HORAS	CEO	set.-25