

I - NOME DO EMPREGADO	II - CPF	III - SERVIÇO PRESTADO
VIVIANE SANTANA SILVA	071.***.***-29	MEDICO

IV - DATA DE INÍCIO E TÉRMINO	V - CARGA HORÁRIA POR SEMANA	VI - VALOR MENSAL (BRUTO)	VII - JORNADA SEMANAL
02-01-2025/31-12-2025	40 HORAS	18 200,00	08 HORAS

VIII - LOCAL ONDE O SERVIÇO SERÁ REALIZADO	IX - MÊS E ANO
PSF	out-25