

| 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                     | 20 600,00                 | 08 HORAS              |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>VIII - LOCAL ONDE O SERVIÇO<br/>SERÁ REALIZADO</b> | <b>IX - MÊS E ANO</b> |
| PSF   | dez-25                |