

I - NOME DO EMPREGADO	II - CPF	III - SERVIÇO PRESTADO	IV - DATA DE INÍCIO E TÉRMINO	V - CARGA HORÁRIA	VI - VALOR MENSAL (BRUTO)	VII - JORNADA SEMANAL	VIII - LOCAL ONDE O SERVIÇO SERÁ REALIZADO	IX - MÊS E ANO
ELIANE GOMES	552.***.***-34	ENFERMEIRA	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	2,065.20	08 HORAS	CASA DE APOIO	Jan-26
FRANCISCA DAILZA TOMAZ DA SILVA	122.***.***-99	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	2,485.20	08 HORAS	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	Jan-26
JUCIMONE CIRILO MIGUEL	127.***.***-61	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	1,945.20	08 HORAS	SEC MUNICIPAL DE SAUDE	Jan-26
RAQUEL LOPES VIANA DE ARAÚJO	055.***.***-80	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	1,945.20	08 HORAS	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	Jan-26
MARIA GABRIELLA PEREIRA LOPES	132.***.***-36	ENFERMEIRA	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	2,400.00	08 HORAS	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	Jan-26
MIRELLY ISRAIANY DE SOUZA RIBEIRO	107.***.***-39	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	02-01-2026/31-12-2026	40 HORAS	2,515.20	08 HORAS	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	Jan-26