

Nome: **ALINE CRISTINA CARRASCO**  
 Departamento: Departamento de Fisioterapia  
 Classe/Nível: PROF. ADJUNTO B

Matrícula: **1669**      **ANO**  
 RT: **T40**      **2017**  
 Titulação: **DOCTORADO**

### 1 - HORAS/AULA NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Modalidade	Disciplina/Turma	Sem.	HS Sala	AT	PA
------------	------------------	------	------------	----	----

### 2 - HORAS/ATIVIDADES

#### 2.1 ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
Reunião/Departamental		20/02/2017	08/12/2017	0

#### 2.2 ATIVIDADES DE PESQUISA E EXTENSÃO

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

#### 2.3 ATIVIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOCENTE

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
Afastamento Integral/Doutorado	PORTARIA-GR 873/2016	04/04/2016	31/01/2020	40

#### 2.4/2.5 OUTRAS ATIVIDADES/LICENÇAS

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

### 3 - OBSERVAÇÕES

RESUMO	1	2.1	2.2	2.3	2.4/2.5	SOMA	Méd. Sem. Anual
<b>Total 1º Sem.</b>	0	0	0	40	0	<b>40</b>	<b>40</b>
<b>Total 2º Sem.</b>	0	0	0	40	0	<b>40</b>	

**Foram anotadas exceções para a(s) seguinte(s) regra(s):**

Alocação completa de horários

**Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 12 de 04/09/2017.**

\_\_\_\_\_  
 ALINE CRISTINA CARRASCO

\_\_\_\_\_  
 CHEFE DO DEPARTAMENTO

\_\_\_\_\_  
 CHEFE DO SETOR