

Nome: **FERNANDA ELOY SCHMEIDER**  
 Departamento: Departamento de Enfermagem  
 Classe/Nível: CRES-ASSISTENTE/MESTRE - REGIME HORÁRIO

Matrícula: **51254** ANO  
 RT: **T40** **2023**  
 Titulação: **MESTRADO**

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

Modalidade	Disciplina/Turma	Sem.	HS		PA
			Sala	AT	

### 2 - HORAS/ATIVIDADES

#### 2.1 ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

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

#### 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
-----------	-------------	--------	-----	-------

#### 2.4/2.5 OUTRAS ATIVIDADES/LICENÇAS

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
Licença/Maternidade	1SEM	06/06/2023	02/12/2023	40
Licença/Maternidade	2SEM	06/06/2023	02/12/2023	40

### 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	0	40	<b>40</b>	<b>40</b>
<b>Total 2º Sem.</b>	0	0	0	0	40	<b>40</b>	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 08 de 16/06/2023.

\_\_\_\_\_  
 FERNANDA ELOY SCHMEIDER

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

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