

Nome: **ALINE CRISTIANE BINDA**  
 Departamento: Departamento de Fisioterapia  
 Classe/Nível: CRES-AUXILIAR/ESPECIALISTA - REGIME HORÁRIO

Matrícula: **4787** **ANO**  
 RT: **T30** **2017**  
 Titulação: **MESTRADO**

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

Modalidade	Disciplina/Turma	Sem.	HS Sala	AT	PA
GRADUACAO	2426-ATIVIDADES CLÍNICAS PRÁTICAS DE FISIOTERAPIA I (FPI-A)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2426-ATIVIDADES CLÍNICAS PRÁTICAS DE FISIOTERAPIA I (FPI-B)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2427-ATIVIDADES CLÍNICAS PRÁTICAS DE FISIOTERAPIA II (FPI-A)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2427-ATIVIDADES CLÍNICAS PRÁTICAS DE FISIOTERAPIA II (FPI-B)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2429-FISIOTERAPIA DERMATO-FUNCIONAL (FPI-T)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2438-ÉTICA E DEONTOLOGIA EM SAÚDE (FPI)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
GRADUACAO	2791-FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA (FPI-OPT)	<b>ANUAL</b>	2	1	1
<b>Subtotais 1º SEM:</b>			<b>14</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Subtotais 2º SEM:</b>			<b>14</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

### 2 - HORAS/ATIVIDADES

#### 2.1 ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
Reunião/Departamental	ANUAL	20/02/2017	08/12/2017	2

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

### 3 - OBSERVAÇÕES

RESUMO	1	2.1	2.2	2.3	2.4/2.5	SOMA	Méd. Sem. Anual
<b>Total 1º Sem.</b>	28	2	0	0	0	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Total 2º Sem.</b>	28	2	0	0	0	<b>30</b>	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 01/2017 de 13/02/2017.

\_\_\_\_\_  
 ALINE CRISTIANE BINDA

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

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