

Nome: **JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA**

Departamento: Departamento de Fisioterapia

Classe/Nível: CRES-ASSISTENTE/MESTRE - REGIME HORÁRIO

Matrícula: **51829**RT: **T18**Titulação: **MESTRADO****ANO****2023****1 - HORAS/AULA NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

Modalidade	Disciplina/Turma	Sem.	HS Sala	AT	PA
GRADUACAO	2437-ATIVIDADES CLÍNICAS PRÁTICAS DE FISIOTERAPIA IV (FPI-H)	ANUAL	8	4	4
Subtotais 1º SEM:			8	4	4
Subtotais 2º SEM:			8	4	4

2 - HORAS/ATIVIDADES**2.1 ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
Reunião/Departamental	ANUAL	15/05/2023	15/03/2024	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
Total 1º Sem.	16	2	0	0	0	18	18
Total 2º Sem.	16	2	0	0	0	18	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 06/2023 de 27/10/2023.

JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA_____
CHEFE DO DEPARTAMENTO_____
CHEFE DO SETOR