

Nome: **JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA**  
Departamento: Departamento de Fisioterapia  
Classe/Nível: CRES-ASSISTENTE/MESTRE - REGIME HORÁRIOMatrícula: **51829** ANO  
RT: **T22** **2025**  
Titulação: **MESTRADO****1 - HORAS/AULA NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

| Modalidade | Disciplina/Turma | Sem. | HS<br>Sala | AT | PA |
|------------|------------------|------|------------|----|----|
|------------|------------------|------|------------|----|----|

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

| Categoria             | Ato Oficial | Início     | Fim        | H/Sem |
|-----------------------|-------------|------------|------------|-------|
| Reunião/Departamental | ANUAL       | 06/03/2025 | 13/12/2025 | 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 |
|-----------|-------------|--------|-----|-------|
|-----------|-------------|--------|-----|-------|

**2.4/2.5 OUTRAS ATIVIDADES/LICENÇAS**

| Categoria           | Ato Oficial | Início     | Fim        | H/Sem |
|---------------------|-------------|------------|------------|-------|
| Licença/Maternidade | ANUAL       | 14/04/2025 | 10/10/2025 | 22    |

**3 - OBSERVAÇÕES**

| RESUMO        | 1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4/2.5 | SOMA | Méd. Sem. Anual |
|---------------|---|-----|-----|-----|---------|------|-----------------|
| Total 1º Sem. | 0 | 0   | 0   | 0   | 22      | 22   | 22              |
| Total 2º Sem. | 0 | 0   | 0   | 0   | 22      | 22   |                 |

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

 Uso mínimo de h/a para AA

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 01/25 de 25/03/2025.

\_\_\_\_\_  
JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA\_\_\_\_\_  
CHEFE DO DEPARTAMENTO\_\_\_\_\_  
CHEFE DO SETOR