

Nome: **JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA**

Departamento: Departamento de Fisioterapia

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

Matrícula: **51829**RT: **T22**Titulação: **MESTRADO****ANO****2025****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	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	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 01/25 de 03/09/2025.

JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA_____
CHEFE DO DEPARTAMENTO_____
CHEFE DO SETOR