

NOME DO PROFESSOR:

1) Curso

☐ AMS-ADS ☐ AMS-MI ☐ ADS ☐ EM
☐ FM ☐ GE-EAD ☐ MI ☐ PM

2) Turno

☐ Manhã ☐ Tarde
☐ Noite

3) Reposição em virtude de:

☐ Claro Docente ☐ Falta
☐ Substituição

4) Dados da(s) aula(s) não ministradas

Ordem	Data da(s) aulas não ministrada(s)	Nº de aulas	Nome da(s) Disciplina(s)
01	___/___/ 2026		
02	___/___/ 2026		
03	___/___/ 2026		
04	___/___/ 2026		

5) Dados da(s) aula(s) de reposição

Ordem	Data da Reposição	Horário de Início e Término	Disciplina(s)	*Assinatura de Confirmação da Reposição
01	___/___/ 2026	____:____ as ____:____		
02	___/___/ 2026	____:____ as ____:____		
03	___/___/ 2026	____:____ as ____:____		
04	___/___/ 2026	____:____ as ____:____		

6) Entregue na Coordenação em: ___/___/ 2026

Assinatura do Professor

7) Parecer do coordenador: ☐ Aprovado ☐ Reprovado – Motivo do Indeferimento:

Mogi Mirim, ___/___/ 2026

Assinatura do Coordenador

8) Confirmando a reposição das disciplinas e encaminhando à Diretoria Administrativa para as providências cabíveis. (Somente data posterior à aula reposta).

Mogi Mirim, ___/___/ 2026

Assinatura do Coordenador

LEMBRETES: Observe as exigências legais: máximo de, 8 horas diárias de trabalho; intervalo de 1 hora entre um expediente e outro e, 6 horas em cada expediente no diurno e 5 horas no noturno (não ultrapassar 8 horas por dia).

Entrega na Administração

Recebido em: ___/___/ 2026

Por: _____

Carimbo: