



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento do Curso de Terapia Ocupacional
Graduação em Terapia Ocupacional - UFSM

FICHA DE FREQUÊNCIA PARA REGISTRO DA PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO (Documento comprobatório INDIVIDUAL sobre a instituição visitada)

1. ALUNO/ INSTITUIÇÃO DE ENSINO			
Nome do Acadêmico(a):			
Nº. De Matrícula:			
Instituição de Ensino:		UFSM - Universidade Federal de Santa Maria	
Unidade de Ensino:		CCS - Centro de Ciências da Saúde	
Graduação:		Terapia Ocupacional	
2. PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO:			
2.1 Disciplina: () Seminários Integrados de Práticas em Terapia Ocupacional I - 2º semestre			
Docente UFSM:			
Obs NEPeS: Para a visita agendada nos serviços de Saúde Mental que dispõem de profissionais de Terapia Ocupacional. Alunos do 2º semestre podem realizar até 4 horas de aula prática no serviço solicitado; (Documento orientador NEPeS Prefeitura Santa Maria)			
2.2 Disciplina: () Seminários Integrados de Práticas em Terapia Ocupacional II - 4º semestre			
Docente UFSM:			
Obs NEPeS: Para a visita agendada nos serviços de Saúde Mental que dispõem de profissionais de Terapia Ocupacional. Alunos do 4º semestre podem realizar até 8 horas de aula prática no serviço solicitado; (Documento orientador NEPeS Prefeitura Santa Maria) (1) Presença obrigatória do Terapeuta Ocupacional;			
2.3 Disciplina: () Seminários Integrados de Práticas em Terapia Ocupacional III - 6º semestre			
Docente UFSM:			
Obs NEPeS: Para a visita agendada nos serviços de Saúde Mental que dispõem de profissionais de Terapia Ocupacional. Alunos do 4º semestre podem realizar até 8 horas de aula prática no serviço solicitado; (Documento orientador NEPeS Prefeitura Santa Maria)			
3. INSTITUIÇÃO VISITADA			
Nome:			
Endereço:			
Telefone(s):			
Nome do Responsável:			
Nome do Terapeuta Ocupacional: ⁽¹⁾			
4.	DATAS DE VISITA ⁽²⁾	DURAÇÃO DA VISITA (Ex: 08h-09h)	ASSINATURA/ RUBRICA DO RESPONSÁVEL/ TERAPEUTA OCUPACIONAL
1.	Dia ____/____/____		
2.	Dia ____/____/____		
3.	Dia ____/____/____		
4.	Dia ____/____/____		



Coordenação do Curso
Terapia Ocupacional - CCS/UFSM
CCS - Prédio 26 D - cursotoufsm@ufsm.br



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento do Curso de Terapia Ocupacional
Graduação em Terapia Ocupacional - UFSM

DATAS DE VISITA ⁽²⁾		DURAÇÃO DA VISITA (Ex: 08h-09h)	ASSINATURA/ RUBRICA DO RESPONSÁVEL/ TERAPEUTA OCUPACIONAL	ASSINATURA/ RUBRICA DO DISCENTE
5.	Dia ____/____/____			
6.	Dia ____/____/____			
7.	Dia ____/____/____			
8.	Dia ____/____/____			
9.	Dia ____/____/____			
10.	Dia ____/____/____			
11.	Dia ____/____/____			
12.	Dia ____/____/____			
13.	Dia ____/____/____			
14.	Dia ____/____/____			
15.	Dia ____/____/____			
16.	Dia ____/____/____			
17.	Dia ____/____/____			
18.	Dia ____/____/____			
19.	Dia ____/____/____			
20.	Dia ____/____/____			
21.	Dia ____/____/____			
22.	Dia ____/____/____			
23.	Dia ____/____/____			
24.	Dia ____/____/____			
25.	Dia ____/____/____			
26.	Dia ____/____/____			
27.	Dia ____/____/____			
28.	Dia ____/____/____			
29.	Dia ____/____/____			
30.	Dia ____/____/____ etc..			
5. CARGA HORÁRIA TOTAL				

⁽²⁾ A marcação da duração da visita (Ex: 08h-09h - 01 hora), é um registro individual do aluno, por isso ele, o local onde irá realizar as atividades de observação, definem juntos esse período. E pode variar de um dia para o outro esse período. Sempre registrar a visita com os horários e as assinaturas.

RESPONSÁVEL/ TERAPEUTA OCUPACIONAL
Assinatura

ALUNO
Assinatura



Coordenação do Curso
Terapia Ocupacional - CCS/UFSM
CCS - Prédio 26 D - cursotoufsm@ufsm.br