|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS**  **A.C.: S.A. DÇS CRÔNICO DEGENERATIVAS ↔ R2** | **Resultado de imagem para coronavirus** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | |
| **AÇÕES DESENVOLVIDAS (descrição, e local)** | **AVALIAÇÃO / REFLEXÕES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS** | **Residente (s) envolvido(s)** |
|  |  | Ex.:R2 Deisi |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **ANDRESSA BRESSAN PEDROSO**  - Nutrição |  | |
| **CAROLINE PILECCO BARBOSA -**Farmácia |  | |
| **DEISI LUANA BRITZ -**Fonoaudiologia |  | |
| **JANINE BOSI TONEL -** Fisioterapia |  | |
| **VANESSA ROBALLO GARCIA -** Serviço Social |  | |
| **TUTORES de referência:** | | |
| **PRECEPTORES de referência:** | | |

**Obs: Esta planilha é apenas uma referência para informações mínimas necessárias, mas o grupo poderá adequar o documento de acordo com suas necessidades e disponibilidade (ex fotos, reflexões, anexos, documentos construídos ou utilizados como referencia ...)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS**  **A.C.: S.A. DÇS CRÔNICO DEGENERATIVAS ↔ R1** | **Resultado de imagem para coronavirus** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | |
| **AÇÕES DESENVOLVIDAS (descrição, e local)** | **AVALIAÇÃO / REFLEXÕES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS** | **Residente (s) envolvido(s)** |
|  |  | Ex.:R1 Otavio |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **CRISTINA DALMOLIN -**Nutrição |  | |
| **DÉBORA LUANA GRACIÓLI** **DIAS**  - Serviço Social |  | |
| **ESTHEFANY M. MENEZES -**Fonoaudiololgia |  | |
| **JÉSSICA SIMONETTI ZORZI -** Fisioterapia |  | |
| **LILIANE NICOLINI MENDES -** Odontologia |  | |
| **OTÁVIO FERREIRA MORAES** -Psicologia |  | |
| **FERNANDA ROBERTI -**Farmácia |  | |
| **SCHARLLET M. GASPERI** - Enfermagem |  | |
| **TUTORES de referência:** | | |
| **PRECEPTORES de referência:** | | |

**Obs: Esta planilha é apenas uma referência para informações mínimas necessárias, mas o grupo poderá adequar o documento de acordo com suas necessidades e disponibilidade (ex fotos, reflexões, anexos, documentos construídos ou utilizados como referencia ...)**