|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS A.C.: SAÚDE DA FAMÍLIA/SMS (UR) ↔ 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 Camila |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | | |
| **CAMILA G. NAZARIO -** Fonoaudiologia |  | | |
| **CIBELE WITT -** Psicologia |  | | |
| **MATIELLE B. DOS SANTOS -** Enfermagem |  | | |
| **JULIANE B. DA ROSA -** Odontologia |  | | |
| **PATRINE PAZ SOARES -** Enfermagem |  | | |
| **TAMIRES DELA JUSTINA -** 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 ...)**