|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS A.C.: ATENÇÃO EM SAUDE MENTAL – CAPS Prado Veppo ↔ 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 Ana -nutrição |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **ALESSANDRO ROSA -** Enfermagem |  | |
| **ALINE F. MENDES -** Serviço Social |  | |
| **ANDRESSA MONTAGNER -** Serviço Social |  | |
| **CAMILLA R.GUERRA -** Terapia Ocupacional |  | |
| **CLARISSA MAZARRO -** Psicologia |  | |
| **EVELISEN AVILA -** Enfermagem |  | |
| **JOHNATAN S. GARROT -** Terapia Ocupacional |  | |
| **JULIA LUCIANE VIDAL -** Psicologia |  | |
| **LETICIA F. OLIVEIRA -** Psicologia |  | |
| **MARIEL OLIVEIRA -** Terapia Ocupacional |  | |
| **RENAN M. ALVES -** 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.: ATENÇÃO EM SAUDE MENTAL ↔ 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)** |
| 1 |  | Ex.:R1 Ana -nutrição |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **ANA PAULA CASTRO -** Terapia Ocupacional |  | |
| **FERNANDA WASUM -** Enfermagem |  | |
| **MÔNICA N. MORAES** Psicologia |  | |
| **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 ...)**