|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS**  **A.C.: ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA ↔ 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 Bianca |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **AMANDA F. MELCHIOR -** Fonoaudiologia |  | |
| **BIANCA B. FERREIRA -** Serviço Social |  | |
| **DANIELE BONOW ROBLEDO -** Nutrição |  | |
| **GIULLIANE RAMOS LONDERO -** Fisioterapia |  | |
| **TAMIRIS L.TONETTO -**Terapia Ocupacional |  | |
| **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 À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA ↔ 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 Bruna |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **BRUNA O. UNGARATTI -** Nutrição |  | |
| **GABRIELA C. DE LIMA -** Enfermagem |  | |
| **GIOVANA S. DA CAMPO** - Fisioterapia |  | |
| **LILIAM V. TEIXEIRA** - Serviço Social |  | |
| **MANUELA BLAYA -** Fonoaudiologia |  | |
| **TAINÁ SELLI -**Terapia Ocupacional |  | |
| **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 ...)**