|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal de Santa Maria**  **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde**  **Modalidade: Multiprofissional**  **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS A.C.: VIGILÂNCIA EM SAÚDE ↔ 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 Rafael |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **DIULIA DE OLIVEIRA DIAS -** Farmácia |  | |
| **JAQUIELI GRUHM FRANCO -** Nutrição |  | |
| **KARINE N. PEIXOTO -** Odontologia |  | |
| **RAFAEL DA SILVA OLIVEIRA -**Enfermagem |  | |
| **TUTORES envolvidos na elaboração do Plano/Relatório:** | | |
| **PRECEPTORES de referência na elaboração do Plano/Relatório:** | | |

**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.: VIGILÂNCIA EM SAÚDE ↔ 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 Lucia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outras situações (opcional):** |  |  |
| **Nome residente -**Profissão | **Unidades/Serviços de atuação de Referência** | |
| **EMILY DOS S.PANOSSO** Farmácia |  | |
| **ÉVERTON R. SA SILVA-** Enfermagem |  | |
| **GABRIELA NUNES FLORES -** Farmácia |  | |
| **JENIFER ROSSI -** Odontologia |  | |
| **LÚCIA M. MARAFIGA -** Enfermagem |  | |
| **MAIARA L. DA TRINDADE -** Enfermagem |  | |
| **MARIANY N. DA ROSA -** Fonoaudiologia |  | |
| **MICHELI SILINSKE -** Nutrição |  | |
| **TUTORES envolvidos na elaboração do Plano/Relatório:** | | |
| **PRECEPTORES de referência na elaboração do Plano/Relatório:** | | |

**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**