

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Julho/2025



#### 2. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo



#### 3. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

#### 4. Contato telefônico \*

(51) 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

3. **Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS: Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h \***

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - PSICÓLOGA E COORDENADORA - 30H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA BECKER SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
ALINE MACIEL MONTEIRO BRITO - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI KUSOWSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H  
ANA CRISTINA DOS SANTOS - NUTRICIONISTA - 20H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. Número total de usuários atendidos no mês

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

123

### 8. Número total de procedimentos realizados no mês \*

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1489

o 02 01 01 007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

794

11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

231

12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

147

13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*

130

14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

7

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

2

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

1

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

1

20. **03.01.07.030-0** - ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

130

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

23. **03.01.07.026-1- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELLECTUAL \***

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.

O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.

30

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

CAMILA PADILHA SANTOS

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Agosto/2025



#### 2. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo



#### 3. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520.

#### 4. Contato telefônico \*

(51) 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

**Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS: Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h \***

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - PSICÓLOGA E COORDENADORA - 30H

LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H

LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H

LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H

CAMILA MARIA BECKER SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H

ALINE MACIEL MONTEIRO BRITO - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H

PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H

SOPHIA CHALINSKI KUSOWSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

ANA CRISTINA DOS SANTOS - NUTRICIONISTA - 20H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. Número total de usuários atendidos no mês

\*

Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.

127

### 8. Número total de procedimentos realizados no mês \*

Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1522

### 9. 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*  
807
11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*  
393
12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*  
154
13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*  
28
14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*  
0
15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*  
5

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

80

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

2

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - AITA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS NA REABILITAÇÃO

23. **03.01.07.026-1- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELLECTUAL \***

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

30

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

CAMILA PADILHA SANTOS

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Setembro/2025

#### 2. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo

#### 3. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

#### 4. Contato telefônico \*

51 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

**6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:****Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - PSICÓLOGA E COORDENADORA - 30H

LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H

LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H

LARISSA PACHECHO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H

CAMILA MARIA BECKER SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H

BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLINICA - 30H

PAMELA GOMES DA LUZ - PSICOLOGA CLINICA - 30H

SOPHIA CHALINSKI KUSOWSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

ANA CRISTINA DOS SANTOS - NUTRICIONISTA - 20H

**Dados sobre os atendimentos****7. Número total de usuários atendidos no mês**

\*

Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.

131

**8. Número total de procedimentos realizados no mês \***

Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1730

15. 03.01.07.008-0 - ESTIMULAÇÃO METÓDICA RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

9. 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

40

16. 03.01.07.002-4 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA \*

10. 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

895

17. 03.01.07.002-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (FOR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

11. 03.01.07.007-5 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

514

18. 02.11.10.001-3 - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

12. 03.01.07.004-0 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

90

19. 03.01.01.002-8 - ATENDIMENTO CONSULTA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

13. 03.01.07.005-9 - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

24

20. 03.01.07.030-0 - ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES CUIDADORES E/OU ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

14. 03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*  
1
16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*  
0
17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*  
166
18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*  
0
19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*  
0
20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*  
0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1**- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

5

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos

#### Microsoft 365

Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Outubro/2025

#### 2. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo

#### 3. Endereço do serviço \*

Endereço: R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS,  
93415-520

#### 4. Contato telefônico \*

(51) 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

**6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:  
Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA BECKER SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLINICA - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICOLOGA CLINICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI KUSOWSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H  
ANA CRISTINA DOS SANTOS - NUTRICIONISTA - 20H

## Dados sobre os atendimentos

**7. Número total de usuários atendidos no mês**

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

124

**8. Número total de procedimentos realizados no mês \***

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1992

9. **03.01.01.007-2** - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

53

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

1017

11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

529

12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

224

13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*

9

14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

159

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

1

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1** - TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

5

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

CAMILA PADILHA SANTOS

 Microsoft 365

Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

1. **Mês/ano de competência \***

Novembro/2025 

2. **Nome CAS \***

PM Novo Hamburgo 

3. **Endereço do serviço \***

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

4. **Contato telefônico \***

(51) 99773-3396

5. **E-mail do serviço \***

casteacolhenh@gmail.com

**6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:  
Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H  
ANA CRISTINA DOS SANTOS = NUTRICIONISTA - 20H

## Dados sobre os atendimentos

**7. Número total de usuários atendidos no mês**

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

129

**8. Número total de procedimentos realizados no mês \***

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1719

**9. 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \***

37

**10. 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \***

827

**11. 03.01.07.007-5 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \***

346

**12. 03.01.07.004-0 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \***

257

**13. 03.01.07.005-9 - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \***

122

**14. 03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \***

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

127

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

3

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1**- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

7

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

CAMILA PADILHA SANTOS



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

**1. Mês/ano de competência \***

Dezembro/2025 

**2. Nome CAS \***

PM Novo Hamburgo 

**3. Endereço do serviço \***

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

**4. Contato telefônico \***

(51) 99773-3396

**5. E-mail do serviço \***

casteacolhenh@gmail.com

**6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:  
Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LUCIA ISABEL RODRIGUES DOS SANTOS - PSICOPEDAGOGA - 20H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H  
ANA CRISTINA DOS SANTOS -NUTRICIONISTA - 20H

## Dados sobre os atendimentos

**7. Número total de usuários atendidos no mês**

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

143

**8. Número total de procedimentos realizados no mês \***

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1564

**9. 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \***

45

**10. 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \***

720

**11. 03.01.07.007-5 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \***

343

**12. 03.01.07.004-0 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \***

273

**13. 03.01.07.005-9 - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \***

36

**14. 03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \***

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

147

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1**- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

10

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

1. **Mês/ano de competência \***

Janeiro/2026



2. **Nome CAS \***

PM Novo Hamburgo



3. **Endereço do serviço \***

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

4. **Contato telefônico \***

051 99773-3396

5. **E-mail do serviço \***

casteacolhenh@gmail.com

## 6. **Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:** **Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. **Número total de usuários atendidos no mês**

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

144

### 8. **Número total de procedimentos realizados no mês \***

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1711

9. **03.01.01.007-2** - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

30

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

733

11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

349

12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

339

13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*

42

14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

218

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1**- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

2

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Fevereiro/2026



#### 2. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo



#### 3. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

#### 4. Contato telefônico \*

051 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

## 6. **Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS:** **Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h**

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
BRUNA ZIMMER - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SAMARA RIBEIRO DA CRUZ - 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 30H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. **Número total de usuários atendidos no mês**

\*

*Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, nº pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + nº pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.*

147

### 8. **Número total de procedimentos realizados no mês \***

*Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês*

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1593

**9. 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \***

51

**10. 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \***

660

**11. 03.01.07.007-5 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \***

308

**12. 03.01.07.004-0 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \***

314

**13. 03.01.07.005-9 - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \***

59

**14. 03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \***

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

198

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

3

22. **03.01.07.028-8** - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

23. **03.01.07.026-1**- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \*

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

5

25. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

26. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

27. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Março/2026



#### 2. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

#### 3. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo



#### 4. Contato telefônico \*

(51) 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

## 6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS: Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSIQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
SAMARA RIBEIRO DA CRUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA- 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 40H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. Número total de usuários atendidos no mês

\*

Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, n° pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + n° pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.

149

### 8. Número total de procedimentos realizados no mês \*

Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1946

9. **03.01.01.007-2** - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

47

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

822

11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

344

12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

444

13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*

58

14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

228

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

0

22. **03.01.07.028-8 - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \***

3

23. **03.01.07.026-1- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \***

0

24. **Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

*Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.*

*O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.*

5

25. **Número de faltas ocorridas no mês \***

Considera-se o nº de faltas ocorridas durante o mês de competência, somando todas as faltas por usuário.

240

26. **Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

Sim

Não

27. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

28. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

# CAS: Centro de Atendimento em Saúde

## Relatório de produção mensal

### Dados Gerais do CAS

#### 1. Mês/ano de competência \*

Abril/2026



#### 2. Endereço do serviço \*

R. Dr. João Daniel Hillebrand, 2200 - Rondônia, Novo Hamburgo - RS, 93415-520

#### 3. Nome CAS \*

PM Novo Hamburgo



#### 4. Contato telefônico \*

(51) 99773-3396

#### 5. E-mail do serviço \*

casteacolhenh@gmail.com

## 6. Composição atual dos profissionais da equipe DO CAS: Nome/Formação/Carga horária semanal. Ex: Maria da Silva/Psicóloga/20h

\*

Em caso de mudança na equipe em relação ao mês anterior, comunicar por e-mail à respectiva CRS incluindo os certificados de graduação e formação em TEA.

CAMILA PADILHA SANTOS - COORDENADORA 15H E PSICÓLOGA 15H  
LUANA FERREIRA - ADMINISTRATIVO - 40H  
LARISSA PACHECO GARCIA - PSQUIATRA - 10H  
CAMILA MARIA SOUZA - TERAPEUTA OCUPACIONAL - 20H  
SAMARA RIBEIRO DA CRUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA- 30H  
PAMELA GOMES DA LUZ - PSICÓLOGA CLÍNICA - 40H  
SOPHIA CHALINSKI - FISIOTERAPEUTA - 30H

## Dados sobre os atendimentos

### 7. Número total de usuários atendidos no mês

\*

Considere todos os pacientes atendidos pelo CAS nesse mês (ou seja, n° pacientes novos que ingressaram (compareceram) no serviço no mês + n° pacientes já em atendimento). Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 150 usuários/mês.

148

### 8. Número total de procedimentos realizados no mês \*

Considere a soma de todos os atendimentos/procedimentos efetivamente realizados pelo CAS nesse mês, por todos os profissionais, não sendo contabilizados aqueles procedimentos em que o usuário não compareceu. Espera-se que o CAS atinja, ou esteja em processo de atingir, o quantitativo mínimo de 1200 procedimentos/mês

**NAS PERGUNTAS A SEGUIR, DETALHE O QUANTITATIVO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO NO MÊS:**

1624

9. **03.01.01.007-2** - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

38

10. **03.01.01.004-8** - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) \*

670

11. **03.01.07.007-5** - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR \*

319

12. **03.01.07.004-0** - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO \*

322

13. **03.01.07.005-9** - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO \*

60

14. **03.01.07.011-3** - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL \*

0

15. **03.01.07.029-6** - ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

16. **03.01.07.002-4** - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA \*

0

17. **03.01.07.008-3** - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I) \*

215

18. **02.11.10.001-3** - APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO \*

0

19. **01.01.01.002-8** - ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

20. **03.01.07.030-0** – ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \*

0

21. **03.01.07.027-0** - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA \*

3

**22. 03.01.07.028-8 - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA \***

0

**23. 03.01.07.026-1- TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL \***

0

**24. Número de novos acessos disponibilizados no mês \***

Considere o nº de novos acessos no mês disponibilizados à regulação para agendamento no sistema GERCON, independente da adesão ou comparecimento dos usuários ao serviço.

O ingresso dos usuários no CAS ocorre de forma escalonada, com os seguintes quantitativos de novos acessos: 30 (mês 1) +30 (mês 2) +20 (mês 3) +20 (mês 4) +15 até o atingimento de 150 usuários. Após o serviço estar com mais de 150 usuários em atendimento, deve ser ofertado o quantitativo de 5 novos acessos/mês.

8

**25. Número de faltas ocorridas no mês \***

Considera-se o nº de faltas ocorridas durante o mês de competência, somando todas as faltas por usuário.

212

**26. Todos os profissionais da equipe possuem formação em TEA de acordo com as normativas?**

\*

 Sim

Não

27. **Declaro a veracidade e autenticidade dos dados acima, condizentes com a realidade dos fatos à época.**

 Atesto a veracidade dos dados

28. **Nome do responsável pelo preenchimento do relatório \***

Camila Padilha Santos



Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Microsoft Forms | Pesquisas, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar meu próprio formulário](#)

[Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)