



Manual da Qualidade

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO DA APCV– ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU | 3 |
| 1.1. INTRODUÇÃO | 3 |
| 1.2. HISTORIAL | 3 |
| 1.3. MISSÃO, VISÃO E VALORES..... | 4 |
| 1.4. ORGANOGRAMA..... | 4 |
| 1.5. POLÍTICA DA QUALIDADE..... | 5 |
| 1.6. POLÍTICAS DA ORGANIZAÇÃO | 5 |
| 1.7. COMPROMISSO DA GESTÃO DE TOPO | 7 |
| 2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE..... | 8 |
| 2.1. ÂMBITO | 8 |
| 2.2. EXCLUSÕES | 8 |
| 2.3. ESTRUTURA DOCUMENTAL..... | 8 |
| 2.4. ESTRUTURA DO MANUAL DA QUALIDADE | 9 |
| 2.5. OS PROCESSOS..... | 9 |
| 2.6. INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS | 11 |
| 2.7. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE..... | 11 |
| ANEXOS | 13 |
| A. ORGANOGRAMA..... | 13 |
| B. LISTA DE DOCUMENTOS DO SGQ..... | 14 |
| C. ALTERAÇÕES AO MANUAL DA QUALIDADE | 18 |

1. APRESENTAÇÃO DA APCV– ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU

1.1. INTRODUÇÃO

Este Manual descreve o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) implementado na **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU** e os meios de que dispõe para cumprimento da sua Política da Qualidade.

O SGQ implementado baseia-se, de acordo com o Modelo EQUASS e atua com todas as atividades da **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU** ao nível dos serviços operacionais e de suporte.

A responsabilidade pela Qualidade não é exclusiva do Gestor da Qualidade, sendo repartida por todos os colaboradores da **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU**.

De forma a garantir o nível desejado de satisfação das partes interessadas, este Manual demonstra de forma clara e inequívoca os procedimentos adotados pela **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU**, no âmbito do SGQ. É o “índice” do SGQ da organização, e o elemento aglutinador dos seus diferentes componentes, servindo de guia e referência geral a todos os que pretendam compreender e seguir a organização do SGQ.

1.2. HISTORIAL

O Núcleo Regional de Viseu da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (atualmente designada Associação de Paralisia Cerebral de Viseu) nasceu da necessidade de se apoiarem crianças e jovens com Paralisia Cerebral, do Distrito de Viseu, que até então tinham de se deslocar ao Núcleo Regional do Centro da A.P.P.C. e outras Instituições.

Em Dezembro de 1982 iniciou a sua atividade na cave do Centro Regional de Segurança Social de Viseu, com material improvisado e cedido por outras Instituições, onde, se desenvolveu um trabalho válido nas áreas da: Reabilitação; Intervenção Socioeducativa; Integração Sócio Escolar.

Com o apoio da Santa Casa da Misericórdia de Viseu de outras entidades oficiais e particulares, das quais se salienta o Centro Regional de Segurança Social, foi criado o Núcleo Regional de Viseu com sede na Quinta de Belém - Vildemoinhos.

Fizeram-se obras de restauro e adaptação, de acessibilidade, do edifício que foi cedido ao Núcleo, pela Santa Casa da Misericórdia de Viseu, ficando este, dotado para o atendimento de 60 crianças, em regime de Semi-internato e 200 em Ambulatório.

Paralelamente foram feitos acordos nestas áreas com o Centro Regional de Segurança Social de Viseu.

Em 1990, o Núcleo Regional de Viseu adquiriu um edifício anexo, onde funcionava um Jardim de Infância, bem como, os terrenos a nascente do edifício.

Em 1992, celebrou um acordo de cooperação com a Direção Geral do Ensino Básico e Secundário, criando a Escola de Ensino Especial. Celebrou.

Ainda nesse ano a Instituição celebrou um acordo de cooperação com o Centro Regional de Segurança Social de Viseu para a criação da resposta social Lar Residencial

Em 1995, celebrou um acordo de cooperação com o Centro Regional de Segurança Social de Viseu para o desenvolvimento de atividades de CAO – Centro de Atividades Ocupacionais.

Em 1997, estabeleceu o Protocolo de Colaboração com o NAACE (Núcleo de Atendimento e Acessibilidade) da Câmara Municipal de Viseu, segundo o qual cede as suas viaturas e motoristas para o serviço de transporte de cidadãos com deficiência no Concelho de Viseu.

Em Setembro de 1999, iniciaram as atividades no novo edifício destinado ao Centro de Atividades Ocupacionais.

Em 2000, celebrou dois novos acordos com o Centro Regional de Segurança Social de Viseu para o desenvolvimento de atividades ao nível da resposta CAO e Lar Residencial, no novo polo da Associação sediado em Oliveira do Conde.

Em 2007, celebrou um acordo de cooperação para o desenvolvimento com a Segurança Social / Educação / Saúde. a Resposta de intervenção integrada –Intervenção Precoce.

A 01 de Janeiro de 2009 a Associação de Paralisia Cerebral de Viseu. (associação fundada a 30 de Março de 2004 por escritura publica) absorveu os passivos e ativos do Núcleo Regional de Viseu da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral - APCV.

Atualmente a APCV dá apoio a 535 pessoas, de ambos os sexos, tendo vindo a criar respostas diversificadas em função das suas necessidades específicas.

1.3. MISSÃO, VISÃO E VALORES

- MISSÃO:** Ser organização de referência na promoção da reabilitação e da qualidade de vida dos seus clientes e famílias.
- VISÃO:** Promover a inclusão social da pessoa com deficiência, incapacidade e/ou em situação de desvantagem, com rigor, equidade e solidariedade.
- VALORES:** Confidencialidade – Privacidade – Integridade – Responsabilidade – Rigor – Equidade - Solidariedade.

1.4. ORGANOGRAMA

A APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU encontra-se estruturada de acordo com o organograma apresentado no anexo A.

As atividades desenvolvidas, bem como os níveis de autoridade, responsabilidade e participação de cada uma das funções, estão definidos em cada processo, bem como no Manual de Funções

Os corpos gerentes da APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU são:

- A **Assembleia Geral** que é constituída por todos os sócios, é gerida pela respetiva **mesa**, constituída por um presidente e dois secretários e reúne duas vezes por ano (em Março e Novembro);



- O **Conselho Fiscal**, que reúne duas vezes por ano (Março e Novembro), e sempre que seja solicitado, sendo constituído por um presidente e dois vogais;
- A **Direção**, que reúne no mínimo, uma vez por mês, é constituída por um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro, um secretário e cinco vogais.

A duração do mandato dos corpos gerentes é de três anos e a sua eleição tem lugar no mês de Dezembro.

1.5. POLÍTICA DA QUALIDADE

A política de atuação da **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU** rege-se pela inovação, integridade, qualidade e profissionalismo de quem trabalha diariamente com o objetivo de responder de forma rápida e eficaz às necessidades dos seus clientes.

Assim, a Direção da **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU** estabeleceu como princípios orientadores, a saber:

1. Garantir a plena satisfação dos seus clientes, através dos serviços fornecidos, cumprindo os seus requisitos, os do Modelo EQUASS, bem como os legais aplicáveis.
2. Proporcionar aos seus colaboradores um ambiente de trabalho acolhedor, aliciente e motivador, disponibilizando meios e recursos, bem como formação especializada necessária ao bom desempenho das suas funções.
3. Apostar na melhoria contínua do SGQ da organização como objetivo permanente, otimizando recursos e processos, de forma a obter vantagens acrescidas para os seus clientes e partes interessadas.

1.6. POLÍTICAS DA ORGANIZAÇÃO

Política da Liderança- A APCV pretende ser uma organização de referência na promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência e suas famílias.

Para a prossecução da sua missão e visão, a gestão compromete-se:

A uma boa governação, a privilegiar as boas práticas, a inovação social, o planeamento e a melhoria contínua, utilizando todos os recursos de forma eficiente.

A disseminar as suas políticas a todas as partes interessadas, a interagir com a comunidade, assegurando a participação de todos com rigor e transparência, contribuindo assim para uma sociedade mais aberta e inclusiva.

Política de Recursos Humanos - A APCV define, implementa e controla o seu compromisso relativo ao recrutamento, seleção, formação, desempenho, avaliação, reconhecimento e promoção dos seus colaboradores.

Acredita que os seus colaboradores são a sua maior força, para responder às necessidades e expectativas do cliente, e dar cumprimento aos objetivos da organização, promovendo uma cultura de envolvimento e participação.

Política de Ética - A APCV compromete-se a salvaguardar o respeito pela dignidade, integridade, privacidade, e confidencialidade orientando a sua ação com rigor e justiça social, na prevenção de riscos, relativamente a todas as partes interessadas.

Política de Direitos - A defesa e a promoção dos direitos de todas as pessoas com deficiência, incapacidade e ou em situação de desvantagem é um dos valores fundamentais da APCV. Nas nossas práticas diárias garantimos a adoção de atitudes positivas e não discriminatórias e asseguramos o consentimento informado e a igualdade de oportunidades, tratamento, liberdade de escolha, autodeterminação e participação.

Política de Parcerias - A APCV coopera ativamente com diferentes entidades públicas e privadas maximizando sinergias de modo a promover a continuidade dos serviços, alcançando resultados mais eficazes, garantindo a sustentabilidade organizacional e uma sociedade mais inclusiva.

Política de Participação - A APCV acredita e adota mecanismos que visam a participação das pessoas apoiadas como membros ativos na nossa organização e na comunidade atenta às especificidades, competências, capacidades e estatuto jurídico, para alcançar uma sociedade mais justa e inclusiva.

Política de Abordagem Centrada na Pessoa - Direcionamos os nossos serviços para promoção da qualidade de vida das pessoas apoiadas e potenciais beneficiários, tendo em atenção as necessidades e expectativas de cada uma, o meio físico e social em que se insere, garantindo o seu envolvimento desde a admissão/acolhimento até a avaliação dos serviços prestados de forma a atingir os objetivos estabelecidos.

Política de Abrangência – A APCV disponibiliza um conjunto de serviços aos seus cliente de forma contínua e ao longo da vida através de uma equipa multidisciplinar garantindo uma resposta mais abrangente possível numa abordagem holística, considerando os contributos individuais e recorrendo às parcerias necessárias.

Política de Orientação para os Resultados - Estabelecemos objetivos ambiciosos em todas as áreas de atuação, medimos e avaliamos continuamente a sua execução. Orientamos as nossas atividades de forma a obter os melhores resultados para a nossa organização, clientes e outras partes interessadas.

Política de Melhoria Contínua - A melhoria contínua é um dos pilares da nossa atuação. Queremos ser proactivos na deteção das necessidades do mercado e com base no feedback dos clientes e outras partes interessadas, comprometendo-nos na busca de soluções inovadoras para aumentar a eficiência e eficácia das nossas respostas.

Política de Prevenção de Abuso, Negligência e Maus Tratos - A APCV direciona a sua ação para o respeito integral da pessoa com deficiência, incapacidade e ou em situação de desvantagem e dos seus direitos expressos na Declaração de Direitos das Pessoas com Deficiência. Compromete-se a não permitir qualquer tipo de abuso ou maus tratos, a prevenir os fatores de risco, nomeadamente através do planeamento dos cuidados básicos, em realizar ações de formação aos colaboradores sobre negligências e maus tratos, a definir e disseminar procedimentos para a comunicação de situações de negligências e maus tratos e tratar de forma célere e imparcial todas as situações sinalizadas.

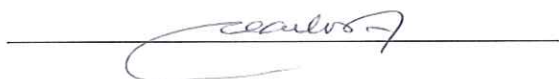
1.7. COMPROMISSO DA GESTÃO DE TOPO

A gestão de topo da APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU representada pela Direção, tem como principais responsabilidades:

- Definir e divulgar a política da qualidade, e proceder à sua análise permanente, através do desempenho do sistema e do acompanhamento dos objetivos estabelecidos,
- Assegurar a implementação do SGQ em conformidade com o modelo EQUASS;
- Melhorar, continuamente, a eficácia da gestão;
- Comunicar à organização a importância de ir ao encontro dos requisitos dos clientes e outras partes interessadas;
- Conduzir as revisões do SGQ pela gestão;
- Assegurar a disponibilidade dos recursos;
- Assegurar o estabelecimento de canais de comunicação apropriados dentro da organização.

A promulgação do Manual da Qualidade representa o compromisso escrito da Gestão de Topo de que a Política da Qualidade é planeada, executada e avaliada de forma a garantir a sua contínua aplicabilidade e adequabilidade face às necessidades da organização.

A Direção



2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

2.1. ÂMBITO

O Sistema de Gestão da Qualidade assente na Norma EQUASS aplica-se à prestação dos serviços de: Reabilitação/Ambulatório, Centro de Atividades Ocupacionais (Sede e Pólo) Lar Residencial (Sede e Pólo) e Formação Profissional.

2.2. EXCLUSÕES

O SGQ contempla todos os processos da organização e cobre a totalidade dos requisitos da Norma de referência.

2.3. ESTRUTURA DOCUMENTAL

A estrutura documental do Sistema de Gestão da Qualidade está representada na figura seguinte:



O Manual da Qualidade (MQ) é um documento estratégico, a ele reportando todos os restantes; declara a política da qualidade, apresenta a organização da instituição (associação) e define e caracteriza a base do sistema de gestão da qualidade.

As **Matrizes dos Processos** definem um conjunto de atividades que interatuam entre si e que transformam entradas em saídas.

Os **Procedimentos/Instruções de Trabalho/Manuais**, definem o modo de proceder em determinado domínio, e as respetivas responsabilidades. Estão associados a atividades descritas numa Matriz de Processo.

A descrição das atividades tem em consideração a complexidade das tarefas, métodos utilizados, formação e experiência profissional dos intervenientes.

Os Registos e outros documentos da qualidade, são documentos e modelos que interferem diretamente ou indiretamente na qualidade dos serviços prestados. Os modelos permitem que o registo das atividades relativas ao SGQ, seja efetuado de forma organizada e sistemática.

Todos os documentos do SGQ são elaborados, aprovados e controlados de acordo com o procedimento Gestão da Informação, e encontram-se listados na tabela Controlo de Documentos e Registos.

2.4. ESTRUTURA DO MANUAL DA QUALIDADE

O Manual da Qualidade (MQ) é preparado pelo Gestor da Qualidade e aprovado pela Direção emitido em formato conforme esta página. No rodapé de cada página são indicados:

- número da página/número total de páginas,
- número da revisão,
- data de entrada em vigor.

O MQ é revisto, sempre, que ocorre qualquer alteração que o torne inadequado, enquadrada em ação de melhoria ou de correção. As propostas de revisão ao MQ podem ser efetuadas por qualquer funcionário e por qualquer via, dirigidas ao Gestor da Qualidade.

Qualquer alteração ao conteúdo do MQ implica a emissão de uma nova revisão do mesmo, sendo o respetivo número incrementado de uma unidade. A primeira revisão é a 00. Nas revisões 01 e seguintes é preenchido o anexo C, com o registo das alterações introduzidas relativamente à versão anterior.

A distribuição de cópias do MQ é controlada pelo Gestor da Qualidade, através de um registo de distribuição de documentos, com exceção das cópias distribuídas para utilização por entidades externas, que não são controladas. As cópias controladas são atualizadas sempre que se procede a qualquer revisão.

2.5. OS PROCESSOS

O SGQ é entendido como um conjunto de processos inter-relacionados e interatuantes. É propósito desta metodologia de abordagem por processos, propiciar um enquadramento que permita a compreensão das suas interações e a determinação do seu desempenho, através de indicadores adequados. A sua determinação e prossecução efetuam-se regularmente, de acordo com o definido no Mapa de Indicadores, com o objetivo de melhorar continuamente a eficiência e a eficácia dos processos e, conseqüentemente, da organização.

Os processos identificados e descritos de acordo com esta metodologia foram agrupados em três grupos:

Processos de Gestão – processos relacionados com a gestão da organização, avaliação da eficiência e eficácia do sistema e identificação de necessidades de melhoria,

Processos Chave – processos diretamente relacionados com a prestação do serviço e com a satisfação dos requisitos dos clientes externos;

Processos de Suporte – dão suporte aos restantes processos, assegurando os recursos necessários e o funcionamento interno da organização

A descrição de processos foi realizada tendo por base uma **matriz de processo** onde são definidos:

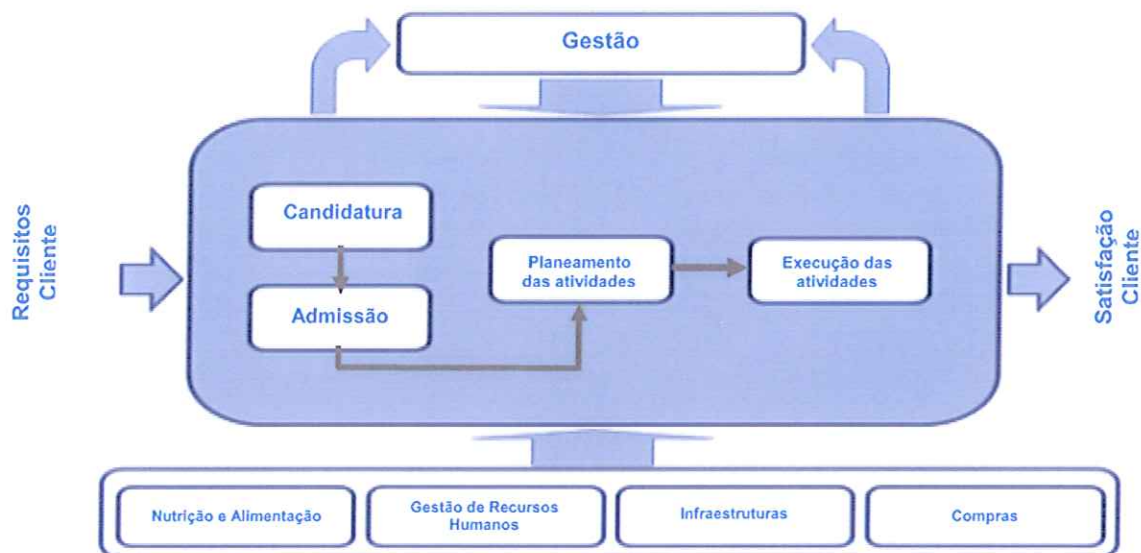
- Os inputs, outputs e atividades principais de cada processo,
- As funções que executam e/ou participam em cada uma das atividades;
- Os documentos e meios que são necessários à execução de cada atividade;
- Os registos resultantes de cada atividade;
- O(s) indicador(es) de desempenho do processo.
- Cada processo tem um gestor, identificado na matriz de processo, que é responsável pelo seu desempenho e por concretizar os seus objetivos, ao qual cabe:
 - Assegurar a implementação do processo;
 - Promover a melhoria do desempenho do processo;
 - Assegurar a medição do(s) respetivo(s) indicador(es);
 - Assegurar a realização das atividades, de acordo com o descrito na matriz de processo, mantendo-a atualizada;
 - Responder pelo processo em auditoria.

O conjunto de processos que caracterizam as atividades da **APCV – ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VISEU** e o seu SGQ, encontram-se representados no mapa de processos seguinte:

| TIPO | PROCESSO | OBJETIVO | GESTOR |
|---------|----------------------------|---|---------------------|
| Gestão | Gestão do Sistema | Assegurar a conformidade do sistema de gestão da qualidade com os requisitos dos Modelo de Avaliação da Qualidade e do referencial EQUASS nível Excelência, avaliar a sua eficácia e promover a melhoria contínua do desempenho | Gestor da Qualidade |
| Chave | Candidatura | Atendimento, análise e seleção de candidaturas, e gestão da lista de espera dos clientes candidatos | Diretores Técnicos |
| Chave | Admissão e Acolhimento | Estabelecer regras orientadoras para a integração dos clientes, nas componentes de contratualização dos serviços a prestar e acolhimento dos clientes | Diretores Técnicos |
| Chave | Planeamento de atividades | Estabelecer as regras orientadoras na elaboração e validação do PI e planeamento das restantes atividades | Diretores Técnicos |
| Chave | Execução das Atividades | Estabelecer as regras orientadoras na implementação, monitorização, avaliação e revisão do PI e restantes atividades. | Diretores Técnicos |
| Suporte | Gestão de Recursos Humanos | Garantir a existência dos recursos necessários ao bom desempenho do SGQ e satisfação dos requisitos do cliente. | Direção |
| Suporte | Infraestruturas | Garantir a Segurança, Saúde e Higiene na Organização (equipamentos, instalações, pessoas) | Direção |
| Suporte | Compras | Aquisição dos recursos necessários e avaliação dos respetivos fornecedores. | Direção |
| Suporte | Nutrição e Alimentação | Elaboração de ementas, preparação, confeção e distribuição de refeições. | Direção |

2.6. INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS

As ligações entre os processos do Sistema de Gestão da Qualidade e sua aplicação na instituição/associação, bem como as interações, estão evidenciadas no mapa de processos abaixo indicado.



2.7. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE

O Manual de Gestão da Qualidade será revisto sempre que tal se justifique. Em caso de revisão, os manuais em circulação devem ser recolhidos e considerados obsoletos. É da responsabilidade da Direção a aprovação das alterações ao MGQ.

A revisão é baseada nos elementos e informação que ajudam a aferir o SGQ. Os dados e elementos mais relevantes (inputs) que suportam a revisão são:

- reformulação da estratégia e das políticas da organização,
- cumprimento dos objetivos estabelecidos,
- satisfação das partes interessadas,
- seguimento de não conformidades e reclamações de clientes,
- acompanhamento das ações corretivas e preventivas,
- monitorização dos processos e conformidade dos serviços,
- cumprimento de requisitos legais e outros,
- recomendações de melhoria,
- indicadores de desempenho dos processos,
- relatórios e resultados de auditorias,

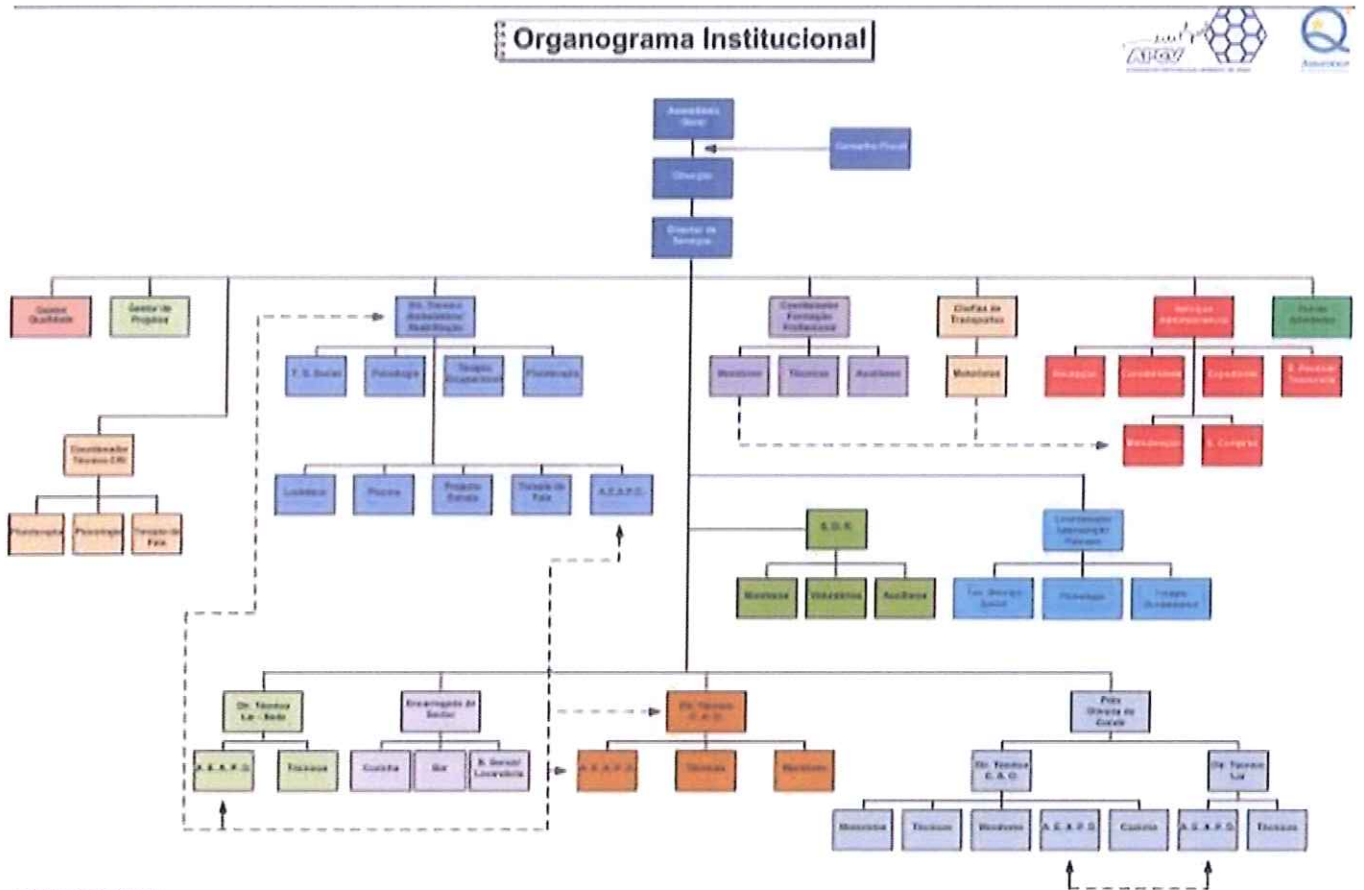
- outras alterações que possam afetar o SGQ.

Como resultado da revisão do sistema pela direção, são tomadas decisões e definidas ações que visam (outputs):

- a melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos
- a melhoria dos serviços relacionados com os requisitos do cliente
- necessidades de recursos
- a adequação da política da organização (quando necessário)
- a definição de objetivos para o SGQ e para os processos.

ANEXOS

A. ORGANOGRAMA



28 Fevereiro 2014

B. LISTA DE DOCUMENTOS DO SGQ

| TIPO | PROCESSO | DOCUMENTOS |
|---|--------------------------------|---|
| Gestão | Gestão do Sistema | GS.01.00-Plano Anual de Atividades |
| | | GS.05.00-Registo de Ocorrências |
| | | GS.14.00-Relatório Anual de Atividades |
| | | GS.18.00-Proposta Conteúdos Site Facebook |
| | | GS.19.00-Declaração Direitos Imagem |
| | | GS.20.00-Ordem Serviço Diretor Serviços |
| | | GS.21.00-Ordem Serviço Presidente Direção |
| Chave | Candidatura AMB | CD.01.00-Carta de aprovação |
| | | CD.02.00-Carta de admissibilidade |
| | | CD.03.00-Carta de não admissibilidade |
| | | CD.04.00-Relatório análise hierarquização e aprovação de candidatos |
| | | CD.05.00-Atendimento informação disponibilizada ao cliente |
| | | CD.06.00-Ficha de inscrição |
| | | CD.07.00-Carta marcação entrevista |
| | | CD.08.00-Ficha 1ª avaliação equipa |
| | | CD.09.00-Ficha avaliação requisitos |
| | | CD.10.01-Carta lista de espera |
| | | CD.11.00-Quadro critérios admissão prioridade |
| | | CD.12.00-Carta não aprovação |
| | Admissão AMB | AD.01.00-Ficha visita instalações |
| | | AD.02.00-Ficha avaliação sócio familiar |
| | | AD.03.00-Ficha avaliação terapia da fala |
| | | AD.04.00-Ficha avaliação fisioterapia disfunção neuromuscular |
| | | AD.05.00-Ficha avaliação fisioterapia disfunção neurológica |
| | | AD.06.00-Ficha avaliação fisioterapia disfunção neuro motora |
| | | AD.07.00-Ficha avaliação psicológica |
| | | AD.08.00-Ficha avaliação fisioterapia |
| | | AD.11.00-Ficha avaliação projeto estrela |
| | | AD.12.00-Ficha avaliação atividades aquáticas adaptadas |
| | | AD.13.00-Ficha avaliação equitação terapêutica |
| | | AD.14.00-Ficha avaliação terapia ocupacional |
| | | AD.15.00-Formalização admissão |
| | | AD.16.00-Declaração informatização dados pessoais |
| | | AD.17.00-Declaração entrega regulamento |
| | | AD.18.01-Manual prevenção de abusos, negligência e maus tratos |
| | Planeamento das Atividades AMB | PA.01.00-Plano individual |
| | | PA.09.00-Planeamento avaliação diagnóstica s social |
| | | PA.12.00-Plano atividades cultural/lúdico/recreativa |
| | | PA.14.00-Plano avaliação atividades apoio técnico |
| | | PA.17.00-Alta serviços |
| | | PA.18.00-Aceitação planeamento |
| | | PA.20.00-Declaração ausência técnica |
| | | |
| | Execução das Atividades AMB | EA.02.00-Registo intervenção serviço social |
| | | EA.03.00-Ficha avaliação registo produtos apoio |
| | | EA.04.00-Ficha avaliação registo talas |
| | | EA.05.00-Ficha avaliação registo gessos funcionais |
| | | EA.08.00-Registo sessão atividades cultural/lúdico/recreativa |
| | | EA.09.00-Planeamento avaliação diagnostica serviço social |
| EA.12.00-Plano atividades cultural/lúdico/recreativa | | |
| EA.13.00-Lista presenças atividade cultural/lúdico/recreativa | | |
| EA.14.00-Atas apontamentos reunião | | |
| EA.15.00-Mapa registo atendimento diário piscina | | |
| EA.18.00-Mapa faltas clientes | | |
| EA.19.00-Empréstimo produtos de apoio | | |
| EA.20.00-Cedência de informação | | |
| EA.21.00-Registo de visita domiciliária | | |
| EA.22.00-Registo entrevista contato | | |
| EA.23.00-Justificação falta cliente | | |

| TIPO | PROCESSO | DOCUMENTOS |
|------------------------------|--|--|
| Chave | Candidatura CAO | CD.01.00-Atendimento informação disponibilizada cliente |
| | | CD.02.00-Ficha inscrição |
| | | CD.03.00-Ficha avaliação inicial requisitos |
| | | CD.04.00-Carta admissibilidade |
| | | CD.05.00-Carta não admissibilidade |
| | | CD.06.00-Relatório análise hierarquização aprovação candidatos |
| | | CD.07.00-Carta aprovação |
| | | CD.08.00-Carta não aprovação |
| | Admissão CAO | AD.01.00-Ficha avaliação pré diagnóstico |
| | | AD.02.00-Contrato |
| | | AD.03.00-Processo individual cliente |
| | | AD.04.00-Processo acolhimento cliente |
| | | AD.05.00-Relatório programa acolhimento cliente |
| | | AD.06.00 -Manual acolhimento |
| | | AD.07.02-Manual prevenção de abusos negligências e maus tratos |
| | | AD.08.00-Declaração Informatização dados cliente |
| | | AD.09.00-Declaração entrega regulamento |
| | | AD.10.00-Declaração entrega manual maus tratos |
| | | AD.11.00-Ficha envio medicação instituição |
| | Planeamento das Atividades CAO | PA.01.00-Plano individual |
| | | PA.02.00-Avaliação necessidades clientes |
| | | PA.03.00-Protocolo cooperação PASU |
| | | PA.04.00-Plano atividades ocupacionais |
| | | PA.05.00-Cronograma atividades ocupacionais |
| | | PA.06.00-Plano cuidados individuais |
| | | PA.07.00-Plano atividades lúdicas/recreativas |
| | | PA.08.00-Cronograma atividades lúdicas/recreativas |
| | | PA.09.00-Plano atividades PASU |
| | Execução das Atividades CAO | EA.01.00-Registo sessão |
| | | EA.02.00-Monitorização |
| | | EA.03.00-Presenças atividades lúdicas/recreativas |
| | | EA.04.00-Registo presenças |
| | | EA.05.00-Relatório atividades lúdicas/recreativas |
| | | EA.06.00-Registo presenças PASU |
| | | EA.07.00-Tabela avaliação PASU |
| | | EA.08.00-Registo ocorrências |
| | | EA.09.00-Registo administração terapêutica |
| | | EA.10.00-Registo transporte clientes |
| | | EA.11.00-Mapa Registo Atendimento Diário Piscina |
| | | EA.12.00-Registo Fisioterapia |
| | | EA.13.00-Registo Clínica Geral |
| | | EA.14.00-Autorização Saída |
| | Candidatura LAR | CD.01.00-Ficha Atendimento Informação Disponibilizada ao Cliente |
| | | CD.02.00-Ficha Inscrição |
| | | CD.03.00-Ficha Avaliação Requisitos |
| | | CD.04.00-Carta Admissibilidade |
| | | CD.05.00-Carta Não Admissibilidade |
| | | CD.06.00-Relatorio Analise Hierarquização Aprovação Candidatos |
| CD.07.00-Carta Aprovação | | |
| CD.08.00-Carta Não Aprovação | | |
| Admissão LAR | AD.01.00-Ficha Avaliação Pré-diagnóstico | |
| | AD.02.00-Contrato | |
| | AD.03.00-Ficha Identificação Caracterização Cliente | |
| | AD.04.00-Programa Acolhimento Cliente | |
| | AD.05.00-Manual acolhimento | |
| | AD.06.00-Relatorio Programa Acolhimento Cliente | |
| | AD.07.02-Manual prevenção de abusos negligências e maus tratos | |
| | AD.08.00-Lista Bens Pessoais | |
| | AD.09.00-Declaração informatização dados | |
| | AD.10.00-Declaração Entrega Regulamento | |
| | AD.11.00-Declaração Entrega Manual Maus Tratos | |
| | AD.12.00-Ficha Envio Medicação para a Instituição | |

| TIPO | PROCESSO | DOCUMENTOS |
|--|-----------------------------------|---|
| Chave | Planeamento das Atividades LAR | PA.01.00-Plano Individual |
| | | PA.02.00-Avaliação Necessidades Cliente |
| | | PA.03.00-Plano Atividades |
| | | PA.04.00-Cronograma Atividades |
| | | PA.05.00-Plano Cuidados Individual |
| | | PA.06.00-Plano Atividades Lúdico Recreativas |
| | | PA.07.00-Cronograma Atividades Lúdico recreativas |
| | Execução das Atividades LAR | EA.01.00-Registo sessão |
| | | EA.02.00-Monitorização |
| | | EA.03.00-Presenças atividades lúdicas recreativas |
| | | EA.04.00-Registo presenças |
| | | EA.05.00-Relatório atividades lúdicas recreativas |
| | | EA.06.00-Registo ocorrências |
| | | EA.07.00-Registo administração terapêutica |
| | | EA.08.00-Registo identificação / informação médica do cliente |
| | | EA.09.00-Registo vômitos |
| | | EA.10.00-Registo temperaturas |
| | | EA.11.00-Registo muda fraldas |
| | | EA.12.00-Registo cuidados individuais |
| | | EA.13.00-Registo convulsões |
| | | EA.14.00-Registo contro de fezes |
| | | EA.15.00-Registo conteúdo caixa primeiro socorros |
| | | EA.16.00-Registo comportamental |
| | | EA.17.00-Registo fisioterapia |
| | | EA.18.00-Registo clinica geral |
| | EA.19.00-Registo enfermagem | |
| | Candidatura Formação Profissional | CD.01.00-Ficha encaminhamento |
| | | CD.02.00-Ficha de inscrição |
| | | CD.03.00-Ficha avaliação requisitos |
| | | CD.04.00-Comunicação de vaga |
| | | CD.05.00-Avaliação seleção psicologia |
| | | CD.06.00-Avaliação seleção serviço social |
| | | CD.07.00-Avaliação seleção candidatos terapia ocupacional |
| | | CD.08.00-Relatório avaliação psicológica |
| | | CD.09.00-Relatório terapia ocupacional |
| | | CD.10.00-Relatório serviço social |
| | | CD.11.00-Proposta seleção |
| | | CD.12.00-Ficha encaminhamento |
| | Admissão Formação Profissional | AD.01.01-Declaração receção regulamento interno |
| | | AD.02.00-Questionário satisfação acolhimento |
| | | AD.03.03-Informação cálculo bolsa e NIB |
| | | AD.04.02-Informação novo formando seguro |
| | | AD.05.03-Declaração frequência curso |
| | | AD.06.01-Contrato formação profissional |
| | | AD.07.00-Proposta de seleção |
| Planeamento das Atividades Formação Profissional | PA.01.00-Plano Individual | |
| | PA.02.00-PIA | |
| | PA.03.00-Plano de sessões | |
| | PA.04.00-Planeamento FPCT | |
| | PA.05.00-Plano formação | |

| TIPO | PROCESSO | DOCUMENTOS |
|---|---|---|
| Chave | Execução das Atividades Formação Profissional | EA.01.00-Folha presença sumário individualizada |
| | | EA.02.01-Monitorização do PI |
| | | EA.03.01-Avaliação balanço competências |
| | | EA.04.01-Folha presença sumário formação |
| | | EA.05.01-Grelha observação avaliação testes práticos |
| | | EA.06.00-Provas testes relatório trabalhos |
| | | EA.07.00-Avaliação módulos |
| | | EA.08.00-Registos atendimento ET |
| | | EA.09.00-Registos visita domiciliária |
| | | EA.09.00-Registos atendimento EI |
| | | EA.10.00-Minuta protocolo FPCT |
| | | EA.11.00-Ficha trabalho teórico prática |
| | | EA.12.01-Minuta declaração frequência |
| | | EA.13.01-Minuta certificado qualificações |
| | | EA.14.00-Relatório visitas outras atividades formativas e não formativas |
| | | EA.15.00-Relatório atividades |
| | | EA.16.00-Ficha avaliação ação formação FT |
| | | EA.17.00-Ficha avaliação ação formação satisfação geral |
| | | EA.18.00-Ficha avaliação ação formação FB |
| | | EA.19.00-Cedência de informação |
| | | EA.20.00-Avaliação eficácia formação ex formandos |
| | | EA.21.00-Rescisão contrato formação profissional |
| | | EA.22.00-Solicitação de estágio |
| | | EA.23.00-Mapa formandos estágio |
| EA.24.00-Declaração entrega certificado _declaração | | |
| | | PA.02.00-PIA |
| Suporte | Gestão Recursos Humanos | RH.01.00-Aviso de abertura procedimento concursal |
| | | RH.02.00-Lista candidatos a procedimento concursal |
| | | RH.03.00-Grelha análise curricular |
| | | RH.05.00-Seriação de candidatos |
| | | RH.06.00-Ata de seleção |
| | | RH.07.00-Ficha acolhimento colaborador |
| | | RH.08.00-Ficha de função |
| | | RH.09.00-Marcação de férias |
| | | RH.10.00-Questionário levantamento necessidades formação |
| | | RH.11.00-Diagnóstico necessidades formação |
| | | RH.12.00-Plano de formação |
| | | RH.13.00-Registo de sumários e presenças |
| | | RH.15.00-Avaliação eficácia formação |
| | | RH.16.00-Critérios obrigatórios seleção candidatos |
| | | RH.20.01-Justificação de faltas |
| | | RH.21.00-Termo confidencialidade |
| | | RH.23.00-Boletim ajudas de custo |
| | | RH.24.00-Candidatura a vaga |
| | | RH.25.00-Folha Ponto |
| | | RH.26.00-Mapa Alteração Horário Trabalho |
| | | RH.27.00-Mapa Horário Trabalho |
| | | RH.28.01-Mapa Registo Trabalho Extraordinário |
| | | RH.29.00-Registo Presença Prestador Serviço |
| | | RH.30.00-Comunicação Não Seleção |
| | | FAD.01.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Chefias Coordenação |
| | | FAD.02.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Motoristas |
| | | FAD.03.00_Ficha de Avaliação de Técnico de Diagnóstico e Terapeuta |
| | | FAD.04.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Pessoal Auxiliar |
| | | FAD.05.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Administrativo e técnico-profissional |
| | | FAD.06.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Pessoal de Hotelaria |
| | | FAD.07.00_Ficha de Avaliação de Desempenho Pessoal Operário |
| | | FAD.08.00_Ficha de Avaliação de Desempenho de Técnico Superior |

| TIPO | PROCESSO | DOCUMENTOS |
|------|---|---|
| | Infraestruturas | IE.01.01-Registos higienização |
| | | IE.02.00-Abata transferência Material |
| | | IE.03.00-Pedido de reparação |
| | | IE.04.00-Registo reparações externas |
| | | IE.05.00-Pedido execução |
| | | IE.06.00-Diario viatura |
| | | IE.07.01-Diario viatura CMV |
| | | IE.08.00-Declaração Utilização Viatura |
| | Compras | CP.02.01-Requisição pedidos gerais exterior |
| | | CP.03.00-Modelo compras pequenos valores |
| | | CP.04.00-Caderno de encargos |
| | | CP.05.00-Requisição interna pedidos gerais |
| | | CP.06.00-Convite ajusto direto |
| | | CP.07.00-Registo sobras bar |
| | | CP.08.00-Saida produtos armazém |
| | | NA.01.00-Registo fornecimentos refeições FJNM |
| | Nutrição e Alimentação | NA.02.00-Produtos internos estufas |
| | | NA.03.00-Mapa refeições servidas |
| | | R01-Receção matérias-primas (HACCP) |
| | | R03-Produtos não conforme (HACCP) |
| | | R04-Não conformidades (HACCP) |
| | | R05-Temperaturas (HACCP) |
| | | R06-Controlo óleo fritura (HACCP) |
| | | R07-Controlo temperatura exposição a quente (HACCP) |
| | | R08-Colheita de amostras (HACCP) |
| | | R09 Higienização (HACCP) |
| | | R10-Higienização WC (HACCP) |
| | R13-Manutenção (HACCP) | |
| | R15-Controlo processo confeção (HACCP) | |
| | R16-Controlo processo arrefecimento (HACCP) | |
| | R17-Desinfecção vegetais (HACCP) | |

C. ALTERAÇÕES AO MANUAL DA QUALIDADE

| DATA | Nº REVISÃO | DESCRIÇÃO |
|------------|------------|-----------|
| 19-12-2012 | 00 | Emissão |
| 26/06/2015 | 01 | Revisão |
| 28/07/2015 | 02 | Revisão |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |